Voir résumé français à la fin du numéro

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

ZESZYT IX.

1929.

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6. m 1.
Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego
ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 10 złotych.

Voir résumé français à la fin du numéro

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

ZESZYT IX.

1929.

Adres Redakcji: Warszawa, ul. Matejki 6. m 1.
Adres Administracji: Klinika Psychjatryczna Uniwersytetu Warszawskiego ul. Konwiktorska 7. Konto czekowe P. K. O. 6313.

Cena niniejszego zeszytu 10 złotych.

KONKURS.

Ogłaszam niniejszem konkurs na 2 posady lekarzy ordynatorów dla Krajowych Zakładów Psychjatrycznych w Kocborowie wzgl. Wejherowie z poborami grupy VI z 15% dodatkiem komunalnym. Mieszkanie służbowe z wszelkiemi wygodami (światło elektryczne, centralne ogrzewanie, wodociąg, kanalizacja). Samotni mogą korzystać z kuchni zakładowej za niską opłatą.

Do podania należy dołączyć:

1) metrykę urodzenia,
2) poświadczenie obywatelstwa polskiego,
3) uwierzytelnione odpisy świadectw,
4) życiorys.

Podania z referencjami wnosić należy do Starostwa Krajowego Pomorskiego w Toruniu, Mostowa 13.

STAROSTA KRAJOWY POMORSKI.

Z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia magistratu m. st. Warszawy Państwowa Szkoła Higjeny organizuje trzymiesięczny kurs alkohologji i walki społecznej z alkoholizmem.

Kurs rozpocznie się dnia 18 lutego r. 1929 i jest przeznaczony dla lekarzy-kandydatów na stanowiska kierowników Przychodni Przeciwalkoholowych. Dla ograniczonej liczby słuchaczy będą przyznane stypendja w wysokości 1200 zł. płatne w ratach miesięcznych po 400 zł. — Warunkiem zasadniczym dla ubiegających się o stypendjum jest całkowita abstynencja. Wpisowe wynosi 25 zł.

Zapisy na kurs i podania o stypendjum przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (Chocimska 24 telefon 104-81) do dnia 1-go lutego r. 1929 za złożeniem:

1. Odpisu dyplomu lekarskiego.
2. Krótkie curriculum vitae.

DOŚWIADCZALNE I POZADOŚWIADCZALNE W PSYCHJATRJI[1]).

podał

PROF. DR. MED. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

Zagadnienie realizmu i idealizmu w nauce, co jest w niej imanentne, a co transcendentne, co doświadczalne, a co pozadoświadczalne, zawsze aktualne, zaostrza się szczególnie w pewnych okresach, powtarzających się rytmicznie. Wydaje się, że nauka lekarska przechodzi obecnie okres takiego zaostrzenia. Dał temu wyraz dosadny, prof. *Herxheimer* w wydanej świeżo książce p. t. „Krankheitslehre der Gegenwart", w stosunku do patologji.

Praca *Herxheimera* była dla mnie pobudką poddania sprawdzeniu zawartych w niej poglądów w dziedzinie psychjatrycznej i uczynienia zeń przedmiotu wykładu wstępnego, otwierającego obrazy zjazdowe.

Książka *Herxheimera* jest szczególnie cenna. Cechuje ją rozległa wiedza jej autora, jego wielkie opanowanie przedmiotu, duży talent pisarski, a przedewszystkiem niepowszednia w lekarskiej twórczości naukowej wysoka ogólna kultura umysłowa, pozwalająca autorowi z niezwykłą jasnością i ścisłością sądu ogarniać najszersze widnokręgi i obracać się w nich z wielką swobodą.

Herxheimer stwierdza istnienie w patologji dwóch przeciwstawiających się sobie kierunków, zaostrzonych obecnie ze szczególną wyrazistością. Jeden przyczynowy, dodałbym logiczny, drugi celowy, biologiczny. „Pierwszy, powiada *Herxheimer*, jakkolwiek ogarnia także większe jednostki, ujmuje łącznie tkanki, soki, naczynia, nerwy, trzyma się ściśle wyłącznie związków przyczynowych, wyłącza wszelkie ujmowanie znaczenia ich, wogóle wszystko, co mogłoby przypominać w sposób chociażby odległy o psychiczno-teleologicznem". „Wiele gruntu dążenia tego kierunku nie zdobyły. Rozerwałoby zresztą przytem zbyt mocno nici łączące patologję, a także patologiczną anatomję z medycyną praktyczną. W kierunku odwrotnym biegnie linja druga. I ona opiera się również na zdobyczach pato-

[1]) Odczyt wstępny na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie d. 27. V. 1928.

logji komórkowej, lecz rozszerza je w różnych kierunkach, jednocześnie bierze bardziej pod uwagę wpływy wywierane na całość ustroju, i zdobywa w ten sposób łączność z myśleniem obecnem, z dążeniami panującemi w medycynie. Jest to myślenie „organistyczne", co stanowi przyrodnicze oznaczenie celowego, a w ostatecznym wyniku, teleologicznego sposobu myślenia. Nie zastępuje ono poznania przyczynowego, nie jest „wyjaśnieniem", lecz pytanie dotyczące oceny posiada również uprawniane samo w sobie także i w sprawach chorobowych oraz jako podłoże medycyny". „Czy należy w rzeczy samej pojęcia i sądy o charakterze oceny usuwać zasadniczo i całkowicie z patologji jako teleologiczne, ażeby mogła pozostać nauką czysto przyrodniczą? W czasach nieoczekiwanego rozwoju nauk przyrodniczych miarodajne były ujęcia materjalistyczne, ponieważ wierzono, że wszystkie sprawy przyrody mogą być wyjaśnione w sposób czysto fizyczny lub chemiczny, dlatego teleologiczny sposób patrzenia i wyrażenia tego rodzaju uchodziły w naukach przyrodniczych i w medycynie za nienaukowe i tylko bezwiednie wślizgiwały się do nich. Jest bardzo ciekawe, że nietylko w biologji lecz także w fizyce i chemji, które powinny przecież być „ścisłemi naukami przyrodniczemi", mechanizm przestaje rządzić wyłącznie, uprawnia się ponownie pewien rys teleologiczny i powstaje początkowo pewien stan niepewności. W każdym razie jest postępem, że w ogólności także i w patologji ostatecznie teleologiczny sposób patrzenia oraz zagadnienie zasadniczej dopuszczalności sposobu myślenia tego rodzaju zostały gruntownie wyświetlone i że odpowiedź twierdząca jest dawana świadomie".

Pójdźmy za biegiem myśli Herxheimera i przyjrzyjmy się jak przedstawiają się w dziedzinie psychjatrji zagadnienia podniesione przez niego w dziedzinie patologji.

Rzeczywiste, psychologiczne, jest to, co jest postrzegane, w przeciwieństwie do nierzeczywistego, istniejącego tylko w wyobraźni, nie posiadającego swego odpowiednika w świecie zewnętrznym. Esse est percipi. Wydaje się nam, że świat jest taki, jakim narzuca się naszym zmysłom. Oczywiście tak nie jest. Jest rzeczą jasną, że nie oko moje widzi, lecz ja widzę. Zmysły dostarczają surowca, z którego akt psychiczny zachodzący w postrzeganiu urabia obraz przedmiotu, który podziałał na zmysły, przedmiot psychiczny. Pozatem w postrzeganiu konkretnem oprócz przeróbki odebranych wrażeń zachodzą także inne postacie przeżyć psychicznych, uczęstniczy poprzedni zasób wiedzy, zachodzą akty myślenia, ujmowanie podobieństwa i różnicy, przyczyny i skutku, akty uwagi, oddziały-

wanie uczuciowe, które sprawiają, że przedmiotowość nawet naszego postrzeżeniowego poznania nigdy nie jest i nie może być bezwzględna i całkowita, lecz jest względna i ograniczona przez czynniki podmiotowe w większym lub mniejszym stopniu. Tak jest w każdem badaniu przyrodniczem. W psychjatrji rzecz wikła się jeszcze bardziej, bo tutaj obok doświadczenia zewnętrznego wchodzi w grę jako zasadnicze źródło naukowego poznania, doświadczenie wewnętrzne, postrzeganie własnych stanów świadomości, dokonywane przez chorych, stanowiących przedmiot badania. Ponieważ choroba psychiczna sprowadza rozstrój samowiedzy, to znaczy narządu, przy którego pomocy jest dokonywana obserwacja wewnętrzna, względność przedmiotowości poznania zwiększa się jeszcze bardziej. Dlatego katamneza t. j. wywiady o przeżyciach podczas choroby, zebrane od samego chorego po jego wyzdrowieniu, posiadają dla nas ważną drogę poznania, bo dostarczają nam materjału doświadczalnego z pierwszej ręki, z własnej obserwacji chorego. W pewnej mierze pomocne nam jest pod tym względem dążenie do stanięcia na stanowisku doświadczeń samego chorego, do wcielenia się, że tak powiem, w jego przeżycia psychiczne, a drogę po temu znajdujemy w doświadczeniach własnych, których wyolbrzymieniem są objawy psychopatyczne. Tak postępujemy w stosunku do chorych na posępnicę, szał, obłęd nawet pomieszanie. Trudniej poradzić nam sobie w ten sposób z choremi dotkniętemi obłąkaniem, ponieważ nie znajdujemy u siebie odpowiedników ich chorobliwego stanu, a próby zbliżenia do tego stanu, osiągane drogą wysiłku usunięcia uwagi z doświadczenia, obserwacja w doświadczeniu własnem myślowego surowca przed dokonaniem nad nim myślowego scalenia, dają niewiele. Dlatego tak szczególnie obcy jest nam schizofrenik i w naszem poznaniu tej choroby jest więcej myślowej konstrukcji niż doświadczalnego podłoża, dlatego, jak słusznie powiada *Bumke*, parafrenja jest pytajnikiem, pokrywającym zagadnienie otwarte, lecz nie rozwiązane. Wydaje się, że w tym stanie rzeczy wogóle w naukach przyrodniczych, a w szczególności w psychjatrji stosunkowe maximum przedmiotości obserwowanego zjawiska daje nam jego powszechność t. j. fakt, że inni widzą to samo co i jak ja widzę. Trzeba jednakże nie zapominać i tutaj o słusznej starej zasadzie scholastycznej, że si duo dicunt idem non est idem.

Wszyscy jesteśmy w nauce realistami, to znaczy, że postrzeganie, obserwacja, doświadczenie jest dla nas nietylko najbardziej istotnem źródłem poznania, lecz że jest także instancją nadrzędną nad oderwanem myśleniem, rostrzyga o prawdziwości, rzeczywistości

poznania. Contra experimentum nullum argumentum. Nie możemy być jednakże realistami naiwnymi, wierzącymi, że poznanie nasze jest bezwzględnie przedmiotowe, a otaczający nas świat jest taki, jakim go widzimy, że wszystko co jest, jest prawdziwe. Realizm nasz musi być krytyczny, to znaczy, że musimy stale pamiętać o podmiotowych spółczynnikach postrzegania, mieć umysł ciągle nastawiony na pułapki, w które wciągają one nasz realizm poznawczy, powinniśmy budzić nieustannie nasz krytycyzm pod tym względem. Czy możemy w naszych badaniach naukowych ograniczać się do samej tylko rejestracji obserwowanych faktów, zadawalniać się samemi tylko postrzeżeniami? Oczywiście nie. Musimy uogólniać się, to znaczy, odrywać się od doświadczalnego podłoża i wkraczać w dziedziny pozadoświadczalne. Uogólnienie jest koniecznem narzędziem naukowego myślenia, pozwala na objęcie jednym rzutem myślowym całych szeregów doświadczalnych faktów, jest ogromnem ułatwieniem i uproszczeniem naukowej pracy. Nie możemy go wyzbywać się, lecz musimy zawsze pamiętać, że „teorja" nie powinna zbyt daleko odbiegać od „praktyki", ponieważ każde teoretyczne, uogólnione, oderwane pojęcie, powinno powracać do doświadczenia po potwierdzeniu swych uogólnionych wywodów, musi podlegać sprawdzeniu, weryfikacji, stać się prawdziwe. Myśl może i powinna przekraczać granice doświadczenia, wyrywać się w dziedziny pozaświadczalne, lecz musi wracać do doświadczenia po sprawdzanie swych wytworów, powstałych drogą oderwania od doświadczalnego podłoża. Możemy nawet, np. drogą intuicji, tworzyć konstrukcje myślowe, niewyrosłe z gruntu doświadczalnego, lecz musimy wiedzieć, że staną się one wtedy tylko rzeczywistemi przyczynkami naukowemi, będą prawdziwe, jeżeli znajdą potwierdzenie w doświadczeniu.

Jeżeli niema postaci doświadczenia, na którego podstawie można byłoby osiągnąć potwierdzenie teoretycznego wywodu, wywód jest z założenia metafizyczny. Żeby przestał nim być musi być wynaleziona metoda, którаby w doświadczeniu potwierdziła słuszność oderwanego wywodu. Metafizyka nie jest sprzeczna z badaniem przyrodniczem, tylko nie może go zastąpić.

Jak powiada najznakomitszy, obok *Bergsona*, filozof spółczesny *Bertrand Russel*, w swej książce „Zagadnienia filozofji", filozofja zadaje pytania „asks questions" i to jej zadanie najważniejsze, możemy dodać, że odpowiedzi na pytanie daje tylko doświadczenie przynajmniej w naukach przyrodniczych. Możemy posługiwać się metafizyką, lecz musimy czynić to świadomie t. j. zawsze, w każdej chwili zdawać sobie sprawę, gdzie w naszem myśleniu kończy się

doświadczalne, a zaczyna pozadoświadczalne. Jak powiada *James* w swych *„Principles of Psychology"*, jedynie złą postacią metafizyki jest metafizyka bezwiedna, mieszające doświadczalne z pozadoświadczalnem, żadnemu nie przynosząca pożytku, szkodząca obu. A jakże często z tą „postacią" metafizyki spotykamy się w psychjatrji, gdzie oderwanie się od doświadczajnego gruntu jest tak łatwe, a tak pospolite nieodróżnianie co w naszych opisach chorobowych stanów psychicznych jest w rzeczy samej wynikiem obserwacji, odtworzeniem przeżycia psychicznego, doświadczalnego rzeczywiście przez samego chorego, a co naszym poglądem na przeżycia, wysnutym dedukcyjnie np. z doktryny asocjacyjnej. Tak bywa również np. z naszemi twierdzeniami o umiejscowieniu w pewnych ośrodkach mózgowych pewnych złożonych czynności psychicznych, na co niema i w obecnym stanie wiedzy nie może być postaci doświadczenia, na którego podstawie takie twierdzenie mogłoby być dowiedzione, przed czem np. tak stanowczo przestrzega *Brodmann*.

Każda nowa myśl naukowa musi być udowodniona, stwierdzona w doświadczeniu zewnętrznem czy wewnętrznem w zależności od rodzaju badania. W przeciwnym razie jest tylko osobistem domniemaniem twórcy, może być pobudką do dalszego badania, do poszukiwania dróg w celu udowodnienia apriorycznej myśli, lecz niczem więcej. Nie wejdzie do nauki jako trwały jej dorobek dopóki nie zostanie dowiedziona w sposób doświadczalny.

Realizm krytyczny nie wyłącza pozadoświadczalnego z nauki, żąda tylko od badaczy świadomego stosunku do niego. Można przekraczać granice doświadczenia, lecz trzeba zawsze zdawać sobie dokładnie sprawę z tego, że oto w pewnym momencie naukowego dociekania wkroczyło się w granice pozadoświadczalne, opuściło grunt doświadczalny, należy dokładnie rozróżniać pomiędzy jednem, a drugiem, przyczem pozadoświadczalne musi być zawsze podporządkowane doświadczalnemu w tem znaczeniu, że musi ono w doświadczeniu znaleźć potwierdzenie swych wniosków.

Realizm krytyczny widzi w pozadoświadczalnem zaczyn myślowy, pobudkę do twórczości naukowej, lecz za rzeczywisty plon naukowy uznaje tylko wynik doświadczenia. Stanowi to istotę kierunku, określonego jako radykalny empiryzm *(James)*, czy feonomenizm *(Renouvier)*.

Jest wielką zasługą *Herxheimera*, że stanął w obronie prawa obywatelstwa pozadoświadczalnego w naukach przyrodniczych, a było już aktem niewątpliwej odwagi, że wystąpił tak stanowczo przeciwko wyłącznie mechanistycznemu ujmowaniu zjawisk przyrody, nie czyniąc

wyjątku pod tym względem nawet dla zjawisk fizycznych i chemicznych.

Przyczynowość i celowość w naukach przyrodniczych nie przeciwstawiają się sobie, przeciwnie wzajemnie uzupełniają się. Causae efficientes pendent e causis finalibus. Trzeba tylko każdą z nich w każdej nauce mierzyć należytą miarą. Przyczynowość jest naogół w psychjatrji przeceniona, celowość niedoceniona. Logiczna zasada przyczynowości, słuszna bezwzględnie w dziedzinie przyrody martwej, ulega ograniczeniom w dziedzinie przyrody żywej. Związki przyczynowe tam niezmienne i stałe, tutaj stają się zmienne i niestałe wskutek wejścia w każdem ogniwie przyczynowego łańcucha fizjologicznego zjawiska życia z natury niestałego i zmiennego. Zasadnicza podstawa przyczynowości, że te same przyczyny powodują te same skutki, a różne przyczyny różne skutki, znajduje tutaj zaprzeczenie w faktach, w których różne przyczyny powodują te same skutki, a te same przyczyny sprowadzają skutki różne w zależności od fizjologicznych warunków ustroju, na który działają.

W psychjatrji cała zasada przyczynowości sprowadza się właściwie do stwierdzenia istnienia dwóch momentów, jako czynników wywołujących choroby psychiczne: dziedzicznego obarczenia i urazu, w najszerszem rozumieniu tego pojęcia, jako urazu fizycznego, chemicznego i psychicznego, przyczem pomiędzy obu czynnikami zachodziłby stosunek funkcji matematycznej, wzrost jednego powodowałby obniżenie drugiego i odwrotnie, to znaczy, że silne obarczenie dziedziczne powodowałoby już chorobę psychiczną przy słabym urazie, natomiast przy słabem obarczeniu dziedzicznem potrzebny byłby silny uraz dla sprowadzenia podobnego skutku. Myśl powyższą znalazłem u mało znanego psychjatry angielskiego *Merciera* w jego książce wydanej przed 40 laty, pod tytułem „Sanity and Insanity", uważam, że jest to jedyne uogólnienie, które w zakresie przyczyn chorób psychicznych można wysnuć z obserwowanych faktów. Myśl jest prosta, jasna, a co najważniejsze prawdziwa, bo znajduje całkowite potwierdzenie w doświadczeniu.

Celowość, jak wspomniałem, w przeciwieństwie do przyczynowości jest w psychjatrji niedoceniana. Oczywiście nie mam na myśli celowości samej w sobie, lecz celowość biologiczną, t. j. stosunek do sprawy rozwoju jednostki i gatunku, pożyteczność ewentualnie szkodliwość zjawiska pod tym względem.

Sprawie biologicznego charakteru psychjatrji poświęciłem niedawno oddzielne opracowanie; nie będę powracał do tego przedmiotu. Naświetlenie zagadnień psychjatrycznych od strony biologicz-

nej, chciałbym podkreślić, że poza znaczeniem teoretycznem, posiada jeszcze tą wartość praktyczną, że zacieśnia mocniej związek nauki naszej z życiem, z jego warunkami i potrzebami, humanizuje ją, jeżeli możne tak wyrazić się. Wzgląd ważny, którego lekceważyć nie należy, jeżeli psychjatrja, jak każda zresztą nauka, ma być magistra vitae, ma kierować życiem i dźwigać je na wyższe rozwojowe szczeble.

Chciałbym podnieść jeszcze jedno. Chciałbym wskazać na istnienie ogólnej biologicznej zasady, niedocenianej przez nas pomimo, że posiada dla nas szczególnie ważne znaczenie—na zasadę, że czynność tworzy narząd. Mamy stale na myśli, że czynność zależy od narządu, że dla wykorzystania wszelkich czynności, a z tem i czynności psychicznych, potrzebne są narządy ich wykonania. Rozumujemy oczywiście słusznie, lecz jednocześnie zapominamy, że z drugiej strony czynność sama warunkuje powstanie i rozwój samego narządu, że narząd bezczynny zanika, narząd czynny rozwija się i doskonali. Pozbawieni wpływu bezpośredniego na budowę naszego narządu nerwowego, drogą pośrednią przez wykonywanie pewnych czynności, przez ćwiczenie możemy stwarzać w układzie nerwowym narządy potrzebne do ich wykonania, doskonalić je kształtować przeobrażać w pewnej mierze własny układ nerwowy, możemy tworzyć fizjologiczne warunki pewnych czynności psychicznych, jednem słowem warunkować, determinować siebie samych. Granice tej autodeterminacji są znaczne i rosną w miarę posuwającego się rozwoju duchowego. Możemy także tą drogą determinować innych, możemy drogą ćwiczeń tworzyć warunki fizjologiczne czynności psychicznych, które chcielibyśmy rozwinąć i wzmocnić u innych, możemy, jednem słowem, wychowywać i leczyć, oparci o ogólną podstawę biologiczną, że czynność tworzy narząd,

Rozważania powyższe prowadzą do konsekwencji i dalszych.

W książce p, t. „Podstawy Psychologji w zarysie", starałem się wykazać jak dalece własny wysiłek jednostki jest konieczny dla osiągnięcia przez nią całkowitej rozwojowej pełni. Warunki fizjologiczne okolic mózgowych rozwojowo najpóźniejszych t. j. ewolucyjnie najwyższych, służących sprawom najwyższego porządku rozwojowego, są tego rodzaju, że tylko przy wysiłku własnym jednostki może być zapewniona czynnościowa przewaga tych okolic nad czynnościami okolic powstałych wcześniej, hierarchicznie rozwojowo niższych, co stanowi zasadniczy czynnik prawidłowej działalności nerwowego układu. Ewolucja czynności powinna towarzyszyć ewolucji budowy. Czynności okolic rozwojowo wcześniejszych muszą być

opanowane przez czynności rozwojowe późniejsze muszą być im podporządkowane. Bez tego pełnia rozwojowa jest nie do osiągnięcia, rozwój zatrzymuje się na szczeblach hierarchicznie niższych, zamias ewolucji mamy inwolucje i kto wie czy w niemożności dokonywania wysiłków nie tkwi istotne źródło zjawiska, które obejmujemy nazwą usposobienia psychopatycznego, zwyrodnienia, będącego w rzeczywistości niczem innem jak inwolucją, uwstecznieniem biegu życia.

Trzymając się ściśle biologicznego gruntu dochodzimy prostą drogą do konieczności przyjęcia indeterminizmu jako współczynnika rozwojowego. Oczywiście indeterminizmu względnego, który obok determinizmu względnego warunkowałby rozwój jednostki.

Oba pojęcia determinizmu i indeterminizmu, przełożone na język biologiczny, można byłoby ująć w ten sposób, że determinizm byłby równoznaczny z pojęciem doboru przyrodzonego, z dążeniem jednostki do przystosowania swych warunków wewnętrznych do warunków zewnętrznych środowiska, w którem żyje jednostka. Natomiast indeterminizm byłby równoznaczny z pojęciem doboru podmiotowego, z dążeniem jednostki do przystosowania warunków zewnętrznych środowiska do swych warunków wewnętrznych, do swych wymagań i potrzeb. Oba czynniki, dobór przyrodzony i dobór podmiotowy, uzupełniając się wzajemnie, dawałaby pełnię pojęcia ewolucji, której nie daje sam dobór przyrodzony.

Ewolucja jest twórcza, a źródłem twórczości dobór podmiotowy, czynnik psychiczny.

DZIEDZICZNOŚĆ W PADACZCE.

podał
Doc. Dr. JULJUSZ MORAWSKI (Kobierzyn).

Przed szczegółowym rozbiorem posiadanych przez nas obecnie danych o dziedzicznem przekazywaniu usposobienia do padaczki, uważam za konieczne zobrazować choć w krótkości całą złożoność badań w tym kierunku w związku z panującymi obecnie poglądami na istotę padaczki i jej patogenezę.

Stopniowo coraz więcej zwolenników zdobywa przypuszczenie, że u podstawy wszelkiego rodzaju napadów drgawkowych u ludzi (a prawdopodobnie i u wyższych zwierząt) leży pewna ogólna właściwość prawidłowo zbudowanego i funkcjonującego układu nerwowego, przejawiająca się w występowaniu drgawek pod wpływem działania podniet najrozmaitszego rodzaju.

Na zasadzie danych codziennej obserwacji i teoretycznych rozważań przyjmujemy, że właściwość ta („gotowość do drgawek") należy do cech dziedzicznie przekazywalnych, że może również potęgować się pod wpływem działania czynników zewnętrznych na nasz ustrój, że występować może u różnych osobników w niejednakowem natężeniu, że podlega pewnym wahaniom w życiu osobnika, bywa silniej zaznaczoną u dzieci, potem słabnie, wzrasta w okresie dojrzewania płciowego, pozostaje dłuższy czas bez zmiany, wzrasta w okresie przekwitania, że wreszcie pewne wahania występują w zależności od pory roku, od pory dnia, przyjmowania pokarmów i t. d.

Owa gotowość do drgawek przejawia się w różnych formach padaczki, której klinika daje nam znaczną rozmaitość obrazów pod względem częstości i siły drgawek, objawów im towarzyszących, wreszcie pewnych zespołów objawowych, których drgawki częścią są jedynie.

Mamy w badaniach naszych nad padaczką nagromadzone liczne fakty, czekające na systematyczne opracowanie, mamy cały szereg pytań, których ostateczne rozwiązanie nie jest jeszcze możliwem.

Jednym z najważniejszych jest pytanie, czy istnieje tak zwana padaczka samoistna, rozwijająca się wyłącznie na gruncie pewnego podłoża, jako pewnej cechy konstytucjonalnej, przekazywalnej dziedzicznie, i przewijająca się w postaci występujących częściej lub rzadziej drgawek i charakterystycznych stanów zamroczenia psychicznego i pewnych cech charakteru, związana z wolniej lub szybciej rozwijającem się otępieniem psychicznem.

Redlich dochodzi do przekonania, że obecnie posiadane przez nas dane nie dają nam prawa do wyodrębnienia w padaczce pod względem etjologicznym, klinicznym czy anatomo-patologicznym pewnej grupy odpowiadającej temu, co przywykliśmy rozumieć pod nazwą padaczki samoistnej: to też autor ten jest zdania, że trzeba zarzucić zupełnie używanie tego terminu. *Tillmann* jest również tego zdania.

Pierre Marie w jednej z ostatnich prac swoich twierdzi, że padaczka jest zawsze objawową, wynikiem uszkodzenia mózgowia, że przyczyna powstania padaczki leży zawsze nazewnątrz od osobnika, że powstaje padaczka w życiu indywidualnem chorego niezależnie od jego cech odziedziczonych.

Powstanie t. zw. padaczki samoistnej wiąże *Pierre Marie* przyczynowo z najrozmaitszemi uszkodzeniami czaszki i mózgu dziecka w czasie porodu, ze stanem asfiksji, wreszcie z najrozmaitszemi zakaźnemi chorobami wieku dziecięcego.

Większość autorów nie zgadza się jednak z poglądami *Redlicha* i *Pierre Marie* i twierdzi, że w obecnym stanie naszej wiedzy musimy uznawać istnienie padaczki samoistnej, która z czasem rozpadnie się może na mózgową i wewnątrz-wydzielniczą, organiczną i czysto funkcjonalną.

Sprawa dziedzicznego przekazywania usposobienia do padaczki samoistnej musi więc być jednym z ważniejszych zadań w badaniach nad dziedzicznością padaczki.

Oddzielnie traktować należy sprawę dziedziczenia wzmożonej gotowości do drgawek pod wpływem działania najrozmaitszych czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Wiemy, że pod względem gotowości do drgawek mamy najrozmaitsze różnice między ludźmi, że w odpowiedzi na działaniu jednej i tej samej podniety nie wszyscy ludzie miewają drgawki, że mamy tu do czynienia z różnemi wysokościami progu podniety u różnych ludzi dla każdej z przyczyn, wywołujących drgawki. I tu więc musimy przeprowadzić odpowiednie badania, określić prawidłowo różne stopnie tej gotowości do drgawek, zbadać ich współzależności z innemi cechami i charakter (cechy paratypiczne czy genotypiczne), wreszcie zająć się sprawą dzie-

dzicznego ich przekazywania (przy zastosowaniu obowiązujących obecnie ostrożności w badaniach tego rodzaju).

W związku z temi badaniami wyjaśnić nam wypadnie rolę, jaką odgrywa alkohol i kiła w powstawaniu padaczki.

Dotychczasowe badania nad dziedzicznością w padaczce, przeprowadzane najczęściej wadliwemi metodami nad wadliwie zbieranym materjałem nie dają jeszcze stanowczej odpowiedzi na interesujące nas pytania.

W wynikach badań w tym kierunku spotykamy te same błędy, co i w pracach nad dziedziczeniem usposobienia do chorób psychicznych (wadliwie zbierany i opracowany materjał, zbyt pospieszne wnioski i uogólnienia, brak porównawczych danych o chorych i zdrowych i t. d.).

Tu już zaznaczyć musimy, że badania nad dziedziczeniem usposobienia do padaczki prawdopodobnie stosunkowo prędzej doprowadzą nas do pewnych wniosków ze względu na mniejszą złożoność samej cechy (usposobienia do padaczki) w porównaniu z usposobieniem do choroby psychicznej.

W licznych pracach, poświęconych badaniom nad dziedzicznem przekazywaniem usposobienia do padaczki i wpływem chorób psychicznych, alkoholizmu i kiły rodziców na powstawanie padaczki u dzieci, spotykamy często sprzeczne wyniki i wnioski.

Zbyt dużo zajęłoby miejsca streszczenie chociażby wszystkiego, co w tym kierunku napisano, ograniczę się przeto na przytoczeniu danych ostatnich lat kilkunastu. Jest to tem bardziej celowe, że jedne i te same wnioski stale wracają u przedstawicieli tego lub innego kierunku myśli w tym względzie.

Dokładne dane i zestawienia wyników badań różnych autorów znajdujemy w pracach *Binswangera, Gruhlego, Hoffmanna, Kehrera Kretschmera, Reichardta, Roemera, Rüdina, Stübera,* i innych.

Podobne zestawienie za czas od 1910 r.—1920 r. znajdujemy w pracy *Gruhlego*, który odnosi się nader krytycznie do sposobów przeprowadzania badań i do ich wyników, którym żadnej wartości nie przypisuje ze względu na brak danych porównawczych i inne wady metodyki pracy.

Poszczególni badacze tego okresu zwracali uwagę na obecność alkoholizmu, padaczki i chorób psychicznych u rodziców osób chorych na padaczkę.

Alkoholizm rodziców: *H. Müller* obliczył, że dla 847 padaczkowych chorych zakładu dla padaczkowych w Zürichu, maximum wypadków poczęcia odnieść trzeba na styczeń i luty na okres pijatyk.

Tenże sam autor znalazł, że 34% rodziców epileptyków cierpiało na alkoholizm. Badania *Rosenberga* w tym kierunku wypadły ujemnie. *Bianchi* znalazł alkoholizm rodziców u 30% badanych epileptyków (511 chor.), *Collins* podaje 28%, 32% i 44% obarczenia przez alkoholizm rodziców dla swoich 100, 177 i 320 epileptyków. Z innych badaczy przytoczyć można *Wyrscha* (24,6%), *Wolffensteina* (22,3% na 166 chorych), *Gerlacha* (30% alkoholików z pomiędzy rodziców 161 padaczkowych, których choroba zaczęła się w okresie dojrzałości płciowej), *Bovena* (61% na 48 chorych, *Mullana* (15%), *Joedicke* (31,9% na 309 chorych), *Stuchlika* (40%), *H. Müllera* (33,99% na 503 chorych)

Padaczkę u rodziców padaczkowych chorych, znajdowali autorowie: *Wolffenstein* w 7,8%, *Redlich* (214 chorych) — 4,2%, *Gerlach*— 15,6%, *Joedicke*—9,4%, *H. Müller*—10,13%.

Choroby psychiczne u rodziców notowali: *Wolffenstein*—51,2%, *Redlich*—4,2%, *Gerlach*—62%, *Mullan*—50%, *Andrews*—27%, *Joedicke*— 29%, *H. Müller*—29,22%.

Na ogół więc mamy obarczenie przez alkoholizm rodziców w 15% do 61%. (*Boven* obliczał stosunki procentowe nawet przy liczbie badanych—48), przez padaczkę rodziców w 4,2%—15.6%, przez choroby psychiczne rodziców w 4,2%—62%, innemi słowy dane przez swą rozbieżność świadczące o różnorodności materjału i używanych do badania metod. Z badań innych autorów, przytoczonych przez *Gruhlego* możemy podać wyniki otrzymane przez *Flood - Collins*, *Collins*, *Weeksa Thoma*.

Flood i *Collins* po zbadaniu rodowodów 78 chorych na padaczkę doszli do wniosku, że brak nam jeszcze danych do uznania znaczenia alkoholizmu rodziców w powstawaniu padaczki u dzieci i recesyjnego sposobu dziedzicznego przekazywania padaczki.

Weeks znalazl między 5533 krewnymi badanych 372 epileptyków—12,65% epileptyków, 9,67% alkoholików, 6,33% psychicznie otępiałych, 3,05% psychicznie chorych, 43,76% psychicznie zdrowych i t. d. Na zasadzie swych badań przychodzi *Weeks* do wniosku, że padaczka przekazuje się jako cecha recesyjna, i podaje następujący schemat: małżeństwa między epileptykami i epileptyczkami i między epileptykami i psychicznie tępemi (lub odwrotnie) dają wyłącznie nieprawidłowych psychicznie potomków, małżeństwa między epileptykami i alkoholiczkami (lub odwrotnie)—14% psychicznie zdrowych dzieci, epileptycy + neuropatki (lub odwrotnie)—9% psychicznie zdrowych dzieci, epileptycy i psychicznie zdrowe (lub odwrotnie)— 33% zdrowych dzieci.

Thom twierdzi, że padaczka występuje wcześniej u obarczonych dziedzicznie niż u nieobarczonych, wcześniej u bardziej niż u mniej obarczonych. Za najbardziej obciążające uważa Thom obarczenie przez otępienie psychiczne, obarczenie ze strony matki i obustronne. Wreszcie autor ten komunikuje o 11 przypadkach padaczki występującej w pierwszem i trzeciem pokoleniu z pominięciem drugiego.

Z ogłoszonych po 1920 r. prac, poświęconych badaniom nad dziedzicznością usposobienia do padaczki i jej patogenezą przytoczyć można następujące:

Burr (1922) na 1449 przypadków badanych epileptyków znalazł u 126 po jednym padaczkującym w rodzinie, u 67 po 2 i więcej. W 165 rodzinach epileptyków występowały drgawki jakieś (nie padaczkowe), w 46—choroba psychiczna, w 62—chorea, w 155 wreszcie rodzinach—alkoholizm ojca.

Thom i *Walker* (1922) badali stan zdrowia dzieci 117 epileptyków (u 99 z nich padaczka samoistna, u 18—pochodzenia organicznego). Z 431 dziecka żyło w czasie badania 280 (ze 151 zmarłego—19 zmarło w konwulsjach, 39 z powodu słabości ogólnej), z nich u 22—padaczka. Ze 117 badanych epileptyków u 59 padaczka wystąpiła przed ślubem, u 58 po ślubie.

Bassoe (1923) podaje wyniki swych badań nad 200 epileptykami (121 m. i 79 kob.). Z 200 chorych u 121 padaczka wystąpiła przed 20 r. życia, z tego u 90 przed 15 r. życia. W 4 rodzinach jedno z rodziców cierpiało na padaczkę w 18—blizcy krewni, w 52 rodzinach skonstatował autor ataki migreny u krewnych. W 19 rodzinach—alkoholizm, w 4 — choroba psychiczna, w 4 — cukrzyca u jednego z rodziców. W 16 przypadkach—ciężki poród chorych na padaczkę, w 12—uszkodzenie czaszki w czasie porodu, w 9—skonstatowano związek z chorobą infekcyjną, w 34—znaczne otępienie psychiczne.

Tullio (1924) między 5000 kryminalnymi przestępcami w Rzymie znalazł 400 z atakami padaczki, z nich u 40 rozpoznał samoistną padaczkę, u 28—toksyczną, u 96 formę mieszaną (toksyczną, zakaźną, urazową, samoistną), u 240 — drgawki przy dysfunkcji roślinnego układu nerwowego i gruczołów o wydzielinie wewnętrznej.

Corberi (1825) zajmuje się dziećmi epileptyków i przytacza wyniki badań innych autorów:

U *Hoffman'a*—11% dzieci epileptyków cierpiało na padaczkę, u *Krausa*—9,48%, u *Thoma i Walkera*—7,85%, u *Krischa*—10,34%. W materjale *Sachsa* 23 epileptyczki miały 5,63% epileptyków między dziećmi, 25 epileptyków—żadnego dziecka epileptycznego.

Sam *Corberi* zebrał dane o 120 przypadków niewątpliwej padaczki samoistnej: w żadnej rodzinie nie znalazł padaczki rodziców, w jednej padaczkę u najbliższego rodzeństwa, w 3—u ciotecznego i stryjęcznego rodzeństwa, w 1—u siostrzeńca. Z tych 120 chorych—22 mają 72 dzieci, z których 36 zmarło w dzieciństwie (3 z nich w konwulsjach), między żyjącemi 36 dziećmi niema ani jednego z konwulsjami.

Alkoholizm jednego z rodziców konstatował *Corberi* w 20%—30% rodzinach.

Marchand i Bauer (1927 r.) badali rolę kiły w powstawaniu padaczki. Na 241 przypadków padaczki autorzy ci znaleźli u 17 chorych objawy kiły i uważają w tych przypadkach działanie toksyn lub reakcję oponową drugorzędnej kiły za przyczynę powstawania padaczki, a w kile trzeciorzędnej — procesy patologiczne tkanki nerwowej lub zmiany naczyniowe. Jego 17 chorych — ludzie od 20 do 50 lat; padaczka wystąpiła najwcześniej w kilka miesięcy, najpóźniej w 8 lat po zakażeniu kiłowem.

Kiłę wrodzoną znaleźli autorzy u 11 swoich chorych (na 241 badanych), u których padaczka zaczęła się przed 21 rokiem życia.

Redlich (1927) komunikuje, że u 11,4% prywatnie leczonych przez niego epileptyków choroba wystąpiła po raz pierwszy po 40 r. życia. Jako przyczyny powstania padaczki podaje autor kiłę, nowotwory mózgu, cukrzycę, nie przypisuje żadnego znaczenia okresowi przekwitania, nie miał ani jednego przypadku padaczki w związku z urazem głowy. Dla pewnej części swych przypadków nie mógł *Redlich* wykryć żadnej przyczyny powstania padacki.

Sanchis Banus (1927) miał między swymi 2000 leczonymi prywatnie chorymi—293 epileptyków. W 9 przypadkach ojciec cierpiał również na padaczkę, w 12—matka, w 12—jedno z bliskiego rodzeństwa, w 45—dziadek, wuj, ciotka i t. d., w 2 przypadkach—mamka. W 39 przypadkach skonstatował autor padaczkę w rodzinie ojca, w 39—w rodzinie matki.

Na swoich 2000 chorych miał autor 2 przypadki migreny.

Z pomiędzy wyżej wymienionych 293 epileptyków—162 miało krewnych z migreną, z tego w 102 rodzinach chorowała na migrenę matka, w 24 — ojciec, w pozostałyco 36 rodzinach — dalsi krewni (dziadek, stryj i t. d.).

Moczenie się nocne u sióstr i braci — 29% epileptyków, w 3 rodzinach—u ojców, u dziadków i wujów—ani razu. W 4 rodzinach ojciec chorego był alkoholikiem.

Autor wątpi by kiła miała jakiekolwiek znaczenie w powstawaniu padaczki. W 36% rodzin epileptyków skonstatowano znaczną drażliwość większości członków rodziny, w 24% — nadmierną pobożność.

Wogóle autor skonstatował u 83% swoich epileptyków w rodzinach konwulsje, bóle głowy, moczenie się nocne, drażliwość i nadmierną pobożność (przejawy pewnej konstelacji genów, których wpływ na powstanie padaczki jest niewątpliwym).

Do wyżej przytoczonych materjałów dołączyć mogę wyniki swych badań nad dziedzicznem obarczeniem epileptyków, leczonych w szpitalu św. Łazarza i w zakładzie w Kobierzynie przez dłuższy okres czasu, zaznaczając z góry, że dane te nie mogą uchodzić za dokładne wobec tego, że nie zawsze lekarze zwracali uwagę na dziedziczne obarczenie leczonych chorych a w niektórych sprawach, np. co do alkoholizmu rodziców, różnili się znacznie w swych pojęciach o tem, co za alkoholizm chroniczny uważać należy. Z materjału więc tego żadnych cyfrowych wniosków wyprowadzać nie mogłem. Z drugiej zaś strony materjał mój statystyczny jest pod pewnym względem jednolity, bo obejmuje chorych epileptyków przeważnie z ciężkiemi stanami zamroczenia i znacznem otępieniem psychicznem. Liczba przedstawicieli padaczki pourazowej jest znikomą w moim materjale.

W archiwum oddziału psychjatrycznego szpitala św. Łazarza za czas kllkudziesięciu lat jego pracy znalazłem 113 epileptyków dziedzicznie obarczonych (na ogólną liczbę około 500 epileptyków na 9500 badanych opisów choroby). Z tych 113 epileptyków—34 było obarczonych przez alkoholizm (23 ze strony ojca, 3 ze strony matki, 4 ze strony dziadka, 2 ze strony braci i 2 ze strony stryja i wuja), 59 przez choroby psychiczne (19 — jedno z rodziców, 21 — brat lub siostra, 10—dalsze rodzeństwo, 4—jedno z dzieci chorego), 19 przez padaczkę (4—jedno z rodziców, 11—brat lub siostra, 4—stryjowie, wujowie i t. d.

W zakładzie kobierzyńskim mieliśmy od 1918 do końca 1927 r. na 6955 chorych—352 epileptyków. W opisach chorób 145 z nich znalazłem zaznaczone obarczenie dziedziczne, a mianowicie: alkoholizm u 69 chorych (56—u ojca, 3—u matki, 4—u obydwojga rodziców, 6—u dalszego rodzeństwa), choroby psychiczne u 44 chorych (17 u jednego z rodziców, 9—u brata lub siostry, 6—u dziadków i babek, 12 u stryjów, ciotek i t. d.), wreszcie u 32 chorych obarczenie przez padaczkę (12—u rodziców, 6 u brata lub siostry, 1—u dziadka, 13—u stryjów, ciotek i t. d.).

Przez ambulatorjum kliniki neurologiczno-psychjatrycznej Uniw. Jag. w Krakowie przeszło od 1908—do końca 1914 r.—6470 chorych, z tego 335 epileptyków, u 146 z nich znalazłem szczegółowe dane co do dziedzicznego obarczenia: w 77 przypadkach spotkałem obarczenie przez alkoholizm (55—u ojca, 2—u matki, 12—u obydwojga rodziców, 5 — u brata lub siostry, 1 — u dziadka i 2—u stryjów), w 22—przez choroby psychiczne (9—u jednego z rodziców, 5—u brata lub siostry, 2—u jednego z dziadków, 6—u stryjów, wujów i t. d.), w 46 przypadkach przez padaczkę (17—u jednego z rodziców, 16—u brata lub siostry, 1—u babki, 2—u stryjów, wujów i t. d.), w jednej wreszcie rodzinie epileptyka rodzice—bliscy krewni.[1])

Na dokładniejszy rozbiór zasługują prace *Muskensa, Snella, Kuffnera, Rüdina, Kretschmera* i *Guschmer.*

Muskens w swej monografji o padaczce daje wyniki swych badań nad dziedzicznem obarczeniem i innymi usposabiającymi czynnikami u 2000 epileptyków, z których zresztą sam odrzuca 190 przypadków niedostatecznie zbadanych w tym kierunku.

Wyniki autora można zestawić w następujący sposób:

	Padaczka i migrena u	Choroby psychiczne u	Alkoholizm u	Kiła u
Obarczenie bezpośrednie (rodzice, dziadkowie, bracia i siostry)	418 ch.	174 ch.	111 ch.	41 ch.
Obarczenie pośrednie (pradziadkowie ,stryjowie, ciotki, stryjeczne i cioteczne rodzeństwo)	164 ch.	89 ch.	?	?
Matka przechodziła padaczkę i migrenę w czasie ciąży	59 ch.	—	—	—
U 50 swoich epileptyków skonstatował autor alkoholizm, u 21 — kiłę.				

Z badań autora wynika, że $1/3$ mniej więcej jego chorych obarczona była przez padaczkę krewnych. Podobne wyniki mamy jedynie u *Turnera,* którego materjał dawał koło 37% obarczenia przez padaczkę. Wysokość cyfr otrzymanych przez autorów tłomaczy się przez to, że przyjmowali oni pod uwagę padaczkę i migrenę nie tylko rodziców i dziadków ale i dzieci, braci, sióstr, siostrzeńców i bratanków chorych.

[1]) Opisy chorób z kliniki neurologiczno-psychjatrycznej i z oddziału psychjatrycznego szpitala św. Łazarza otrzymałem do przejrzenia dzięki uprzejmości P. Profesora Dra. *J. Piltza* i P. Prymarjusza Doc. Dra. *E. Artwińskiego,* którym na tem miejscu składam podziękowanie.

Obarczenie przez choroby psychiczne w rodzinie u epileptyków *Muskensa* nie różni się od obarczenia w materjale *Binswanger'a* który w swoich 150 chorych znalazł dziedziczne obarczenie przez choroby psychiczne w 29,6%.

Stopień dziedzicznego obarczenia w padaczce o różnej etjologji bywa różny: u *Turnera* — 35,9% w urazowej padaczce, 68,7% w psychorodnej. *Volland* skonstatował dziedziczne obarczenie przez padaczkę przodków w 16 rodzinach z 24, gdzie padaczka u najbliższego rodzeństwa się powtarzała.

Muskens zwraca dalej uwagę na stosunkowo częste rodziny gdzie kilkoro braci i sióstr cierpi na padaczkę z najrozmaitszemi jej przejawami form ciężkich do „formes frustes". W jednej rodzinie z sześciorga synów alkoholika czterej cierpieli na padaczkę myokloniczną. Najwięcej dziedziczyć się ma padaczka z ojca na syna, z matki na córkę, rzadziej z ojca na córkę i z matki na syna. Nieraz dziedziczyć się mają pewne właściwości choroby, między niemi skłonność do znacznego osłabienia choroby pod wpływem leczenia lub też skłonność do pogorszania się.

Autor ten zgadza się z tezą angielskich autorów, uznających konwulsje, perjody i dziedziczność za usposabiające do rozwoju padaczki czynniki i szczególniej z *Gowersem*, który ważne znaczenie przypisuje pierwszemu napadowi padaczki ze względu na to, że przy pierwszym napadzie przezwyciężoną być musi odporność organizmu poczem następne ataki występują już coraz łatwiej.

Jako jednę z przyczyn powstania padaczki niektórzy autorzy podają bliskie pokrewieństwo między rodzicami, z czem również i *Muskens* się zgadza.

Alkohol i kiła mogą mieć podług *Muskensa* trojakie znaczenie w powstawaniu padaczki: stwarzając usposobienie do niej u dzieci alkoholików i syfilityków, wpływając na zmianę konstytucji samego osobnika chorego na alkoholizm czy kiłę, wreszcie, wywołując pierwszy napad padaczki za którym idą następne. Autor przytacza zdania innych autorów co do znaczenia alkoholizmu i kiły, jako potwierdzenie swych przypuszczeń.

Uraz głowy znajdował *Muskens* stosunkowo często u swych chorych i radzi przypisywać mu znaczenie przyczynowe w powstaniu padaczki jedynie w tych wypadkach, gdy badanie rentgenologiczne stwierdza nieprawidłowości w czaszce.

Na swoich 2000 chorych miał *Muskensu* 149 (107 m. i 42 k.). urazy głowy, 38 razy — urazy z powstaniem blizny, 11 z ubytkiem

kości, 108 razy (82 m. i 26 k.) upadek z urazem innej części ciała, 7 razy upadek z utratą przytomności, 23 razy (17 m. i 7 k.) wpadnięcie do wody, 8 razy — prawie utopienie się, 30 razy — ciężki poród (20 m. i 10 k.). Wreszcie autor omawia zbyt długie czuwanie, przejedzenie się, złe powietrze, gazy, palenie tytoniu, różne trucizny krwi i wydzielin i t. d. i t. d., jako najbliższe przyczyny występowaniu padaczki u osób ku temu bardziej usposobionych.

Stan psychiczny (strach, lęk, wycieńczenie psychiczne) jako przyczynę najbliższą miał padaczki miał *Muskens* 13,1% u mężczyzn i 4,7% kobiet swego materjału (1000 m. i 1000 k.).

Snell opracował pod względem dziedzicznego obarczenia padaczkowych monachijskiego instytutu do badań nad dziedzicznością. Przed właściwą pracą swą autor zbadał dokładnie wywiady, obraz kliniczny i dane katamnestyczne o każdym chorym, wykluczając ze swego materjału tych wszystkich, u których rozpoznanie padaczki samoistnej wzbudzało pewne wątpliwości. Opinia, jaką się cieszy instytut monachijski do badań nad dziedzicznością i ostrożność autora w wyprowadzaniu wniosków, gwarantują do pewnego stopnia wyniki jego pracy.

Materjał swój porównywał *Snell* pod względem dziedzicznego obarczenia z danemi badań. *Kollera* i *Diema* nad obarczeniem psychicznie zdrowych (1193 osób) i chorych (3515 osób) i z wynikami badań *Kalba* nad dziedzicznem obarczeniem paralityków postępujących (205 chorych).

Z tablic, w których autor zestawia wyniki swych porównań przytaczam trzy:

I. Ogólna liczba czynników obarczających[1]) z uwzględnieniem stopnia pokrewieństwa.

	Psychicznie zdrowi %	Psychicznie chorzy %	Paralitycy post. %	Epileptycy %
Rodzice	22,8	43,7	27,6	47,21
Dziadkowie . . .	23,8	9,8	22,2	13,94
Stryjowie i ciotki .	35,2	16,1	26,7	20,32
Bracia i siostry .	18,8	30,4	23,1	18,53

[1]) Bez względu na ich jakość.

II. Sposób obarczenia w %

	Psychicznie zdrowi %	Psychicznie chorzy %	Paralitycy post. %	Epileptycy %
Bezpośrednie obarczenie .	33%	50 — 57%	27.3%	64.57%
Pośrednie	29%	12 — 16%	30.7%	16.77%
Uboczne	5%	7 — 9%	9.7%	5.4%
Razem .	67%	6 9— 83% około 76%	67.7%	81.26%

III. Bezpośrednie obarczenie i jego jakość w %

	Choroby psychiczne	Padaczka	Inne choroby nerwowe	Razem choroby nerwowe	Alkoholizm	Udar mózgowy	Otępienie starcze	Dziwactwa charakteru	Samobóstwo	Razem
Psychicznie zdrowi .	2,2	—	—	5,7	11,2	5,9	1,4	5,9	0,4	33
Psychicznie chorzy .	18,2	—	—	5,0	13,21	3,2	1,6	8—13	0,5—1	50—57
Paral. post.	4,8	—	—	2,9	6,3	8,3	0,8	2,9	1,5	27,5
Epileptycy .	5,96	4,94	12.21	17,15	24,15	5.39	0,28	10,79	0,85	64,57

Z porównań autora wynika, że

1) ogólne obarczenie u epileptyków jest większe niż u psychicznie chorych;

2) obarczenie epileptyków przez choroby psychiczne bezpośrednio jest większe niż u zdrowych i u paralityków postępujących, mniejsze niż u psychicznie chorych;

3) obarczenie bezpośrednie przez choroby nerwowe jest u epileptyków znacznie większe niż u innych porównywanych grup;

4) obarczenie bezpośrednie epileptyków przez alkoholizm jest wyższe niż u zdrowych i chorych psychicznie, znacznie większe niż u paralityków postępujących;

5) również i obarczenie bezpośrednie przez nieprawidłowości charakteru jest u epileptyków największem.

Przeciwko podobnemu porównywaniu danych liczbowych możnaby podnieść jedynie zarzut niejednakowości materjału, użytego do porównań.

W sprawie przypuszczalnego wpływu alkoholizmu na powstawanie padaczki autor stawia szereg pytań:

1) Jak wytłomaczyć częstość alkoholizmu u ojców epileptyków?
2) Dlaczego ojcowie piją, a ich dzieci epileptycy bardzo mało?

3) Dlaczego niewszyscy ojcowie epileptyków piją, dlaczego niepijący mają nieraz również dzieci epileptyków?

4) Dlaczego wielu zastarzałych alkoholików nie ma epileptyków między swemi dziećmi?

5) W jaki sposób, ustępujący czy panujący, dziedziczy się usposobienie do epilepsji?

6) Czy alkoholizm może zmienić ten sposób dziedziczenia padaczki?

7) Czy samoistna padaczka pod względem dziedziczno-biologicznym jest jednostką chorobową?

Materjał do odpowiedzi na część pytań postawionych przez *Snella* znajdujemy w pracy *Kuffnera*, który opracował część materjału zakładu dla epileptyków.

Z 900 badanych przez niego kobiet — 111 (12,3%) były obarczone przez padaczkę, 30 — przez jakieś drgawki, 103 (11,4%) — przez choroby psychiczne i dziwactwa, 20 — przez choroby nerwowe, 1—przez głuchoniemotę, 5 — przez kiłę rodziców, 14 — przez samobójstwo w rodzinie 3 — przez popędy antyspołeczne; 103 epileptyczki obarczone były przez alkoholizm rodziców, z tego w 47 przypadkach istniały zaburzenia psychiczne rozmaitego rodzaju w obarczeniu dziedzicznem bezpośredniem i ubocznem.

Z 1100 badanych przez niego mężczyzn — 140 (12,7%) było obarczonych przez padaczkę, 27—przez drgawki jakieś, 152 (13,8%)— przez choroby psychiczne, 25—przez cierpienia nerwowe, 4—przez kiłę układu nerwowego jednego z rodziców, 4 — przez głuchoniemotę w rodzinie, 14 — przez samobójstwo, 4 — przez popędy antyspołeczne.

Alkoholizm jednego z rodziców znajdował autor u 141 chorych (13%), z tego u 35 chorych istniały w rodzinach różne zaburzenia psychiczne.

Autor przytacza dane różnych autorów o alkoholizmie rodziców epileptyków i podkreśla znaczne wahanie np. *Kraepelin* podaje 18,2—21%, *Binswanger* — 2% (na 607 epileptyków — 13 z alkoholizmem rodziców). *Bleuler* do — 70%. *H. Lange* — 7,9% i t. d., i zgadza się z *Redlichem*, który jest zdania, że nie można odmówić alkoholizmowi znaczenia czynnika uszkadzającego protoplazmę w kierunku tworzenia usposobienia do padaczki, przestrzega jednak przed przecenianiem znaczenia tego czynnika.

Kuffner zajmował się badaniem stanu przedchorobowego swych epileptyków i ich stosunkiem do alkoholu.

30% jego chorych zapadło na padaczkę po 20-tym roku życia.

Ze swoich 110 epileptyków *Kuffner* znalazł u 87 alkoholizm przed chorobą, u 37—znaczne nadużycia w tym kierunku.

Na 900 epileptyczek — 12 używało alkoholu przed chorobą, 3—nadużywało (podług *Kraepelina* na 403 epileptyków—57,2% było alkoholikami, na 112 epileptyczek—17,1%).

W 14 swoich przypadkach *Kuffner* znalazł bardzo znaczne nadużycia alkoholu przed pierwszemi objawami padaczki, z tego w jednym przypadku ojciec był alkoholikiem, w 1—matka bardzo nerwowa, w 1—6-ro rodzeństwa umarło na konwulsje, 2—było nieślubnych dzieci.

Kuffner badał wreszcie wrażliwość swych padaczkowych chorych na alkohol. Z 88 pijących epileptyków w 9 przypadkach tylko wystąpił atak drgawek po upiciu się, jeden z epileptyków przeszedł stan patologicznego upojenia się, jeden tylko epileptyk miewał napady drgawek po każdem przyjęciu alkoholu.

Autor przeprowadził 115 prób z 56 kobietami cierpiącemi na padaczkę, dając im po 40,0—80,0 alkoholu na raz, pewna tylko liczba chorych wykazała wzmożoną wrażliwość na alkohol, ani razu nie było ataku epileptycznego po alkoholu, w 5 przypadkach wystąpiły zmiany psychiki lecz ani razu gwałtownego stanu podniecenia autor nie obserwował.

4 kobietom dawał autor co 5 dni przez pewien czas po 40,0—80,0 alkoholu, 4 mężczyznom co 3 dni po takiej samej ilości alkoholu. U 2 mężczyzn liczba ataków się zwiększyła, jedna z chorych przeszła stan jakby ekstazy, pozatem nic szczególnego autor w stanie psychicznym i fizycznym swych chorych przy tych próbach nie zauważył.

Rüdin w swym referacie o pracach dokonanych w kierunku badań genealogicznych nad padaczką (1923 r.), omawia wyniki otrzymana przez pracujących w monachijskim instytucie badań nad dziedzicznością chorób psychicznych i w innych pracowniach.

Prócz prac wspominanych już przezemnie podaje jeszcze następujące dane i przypuszczenia:

Napad drgawek uważać należy za objaw wspólny najrozmaitszym sprawom chorobowym i dziedziczne występowanie jego związane jest z najrozmaitszymi odziedziczonemi usposobieniami do różnych chorób jeśli wogóle o dziedziczeniu można tu mówić.

Badania *Lundborga* wykazały, że usposobienie do padaczki myoklonicznej przekazywanem bywa dziedzicznie jako cecha prosta recesyjna (w pojęciu mendelizmu). Prawdopodobnie tak samo przekazuje się usposobie do idjotyzmu amaurotycznego, podczas gdy

pląsowica *Huntingtona* ma charakter prostej dominującej cechy *(Davenport, Entres).* Prawdopodobnie i wiele innych schorzeń, przy których napady drgawkowe częście lub rzadziej występują, rozwija się na pewnem odziedziczonem podłożu.

Rüdin nie zgadza się ze zdaniem *Davenporta i Weeksa,* podług których usposobienie do padaczki dziedziczy się jako prosta recesyjna cecha i zwraca uwagę na dwie ważniejsze niedokładności pracy tych autorów: a) najrozmaitsze drgawki wieku dziecięcego nie mają po względem dziedziczności nic wspólnego z samoistną padaczką, b) padaczka i tępota umysłowa mogą rozwijać się na gruncie usposobień do najrozmaitszych schorzeń, jak alkoholizm, migrena, pląsawica, nerwice, nerwowość, histerja.

Zgadza się jednak *Rüdin,* że dokładne przestudjowanie odpowiednio przygotowanego materjału genealogicznego czyni przypuszczenie recesyjnego charakteru usposobienia do padaczki w wielu wypadkach usprawiedliwionem (badania *Römera, Jörgera, Steinera, Hoffmanna, Siemensa, Vollanda, Snella* i innych).

Dalej przytacza *Rüdin* prócz wspomnianych wyżej badań *Thoma* i *Walkera, Collinsa* i *Burra* prace *Hoffmanna, Klausa,* i *Eccheveria,*

Hoffmann przytacza 8 rodzin, gdzie epileptycy mieli razem 32 dzieci, z nich 5 zmarło w dzieciństwie; z pozostałych 27—3 chorowało na padaczkę.

Klaus: 55 epileptyków miało 157 dzieci, z nich 20 zmarło w dzieciństwie z pozostałych 137—13 chorowało na padaczkę.

Eccheveris: 136 epileptyków miało 531 dziecko, z tego 78 (14,6%)—epileptycy.

Możliwem jest również, według *Rüdina,* że padaczka dzieci psychopathia constitutionalis i alkoholizm rodziców są równoznacznymi przejawami pewnych nieprawidłowych zawiązków odziedziczalnych, panujących w danej rodzinie.

Usposobienie jednak do padaczki musi być zależnem od pewnych specjalnych czynników, bo w braku ich dzieci alkoholików nie są epileptykami. Toż samo da się powiedzieć o powstawaniu padaczki w związku z kiłą *(Bonhoeffer, Hauptmann, Vogt).*

Po krytycznem omówieniu dotychczasowych prac i ich wyników *Rüdin* daje wskazówki co do prac w tym kierunku na przyszłość. Uważa on za konieczne badać dziedziczność i tam, gdzie istnieje jakaś znana nam zewnętrzna czy wewnętrzna przyczyna padaczki, starać się wyjaśnić stosunek między usposobieniem do padaczki

i działaniem czynników zewnętrznych i określić bliżej charakter i częstość występowania owego usposobienia.

By dojść do pewnych wyników powinniśmy odpowiednio opracowywać nasz materjał podług rozpoznań, dla każdej grupy zdobyć dostateczny ilościowo i pewny jakościowo materjał, stosować porównania z pracami *Diem-Kollera* lub obliczanie współzależności czy też metody *Weinberga*, wreszcie badać dokładnie najbliższych przodków, potomków i krewnych w bocznych linjach naszych chorych.

Przypuszczamy, że badanie zmienności psychiki u krewnych chorych padaczkowych da nam wskazówki, jakie odmiany psychiczne częściej spotykają się w rodzinie epileptyków tej lub innej grupy; szukać winniśmy współzależności w fizycznym i psychicznym stanie chorych i ich krewnych (np. psychopatja, pewne okresowe występujące zaburzenia nerwowe i psychiczne, migrena, popęd do włóczęgostwa, dipsomania, pewne formy tępoty umysłowej, skłonność rodzinna do nowotworów, leworęczność, braki mowy).

W przypadkach padaczki samoistnej naprzykład, spotykamy częściej niż w innych formach padaczki pewne odmiany psychopatji, leworęczność, braki mowy i pewne wrodzone lub wcześnie nabyte upośledzenia umysłowe.

Drogę szczegółowych dokładnych badań może uda się nam powiązać w jedno pod względem wspólnego usposobienia rozmaite fenotypy, pozornie różniące się znacznie między sobą.

Kretschmer (1924) zwraca również uwagę na niedokładności, bezplanowość, nawet brak uzgodnienia co do główniejszych pojęć, wreszcie stosowanie nieodpowiednich metod pracy w dotychczasowych badaniach nad dziedzicznością padaczki. Po krótkim przeglądzie ogólnych wyników *Kretschmer* omawia sprawę uszkodzenia plazmy zarodkowej przez alkohol i zgodnie z innymi autorami mówi: „Nie wiemy właściwie, czy alkoholizm jest przyczyną padaczki, czy też dzieje się odwrotnie, t. j. alkoholizm jest jej skutkiem? A może obydwa te schorzenia są przejawem jednych i tych samych zawiązków odziedziczalnych?" Przytacza tu autor ogólnikowo wyniki badań *Wauschkuhna*, który w *Rüdinowskim* instytucie zbierał dane o dzieciach chronicznych alkoholików. Okazało się, że z dzieci alkoholików o klinicznie nieskomplikowanym obrazie chorobowym znikoma tylko liczba cierpiała na padaczkę. Alkoholizm rodziców może być więc uważany jedynie za czynnik sprzyjający rozwojowi padaczki u dzieci, ale nie za wystarczającą jej przyczynę.

Wreszcie zwraca *Kretschmer* uwagę na wyniki badań nad typami psychofizycznemi w padaczce, temat ten nie wchodzi jednak w za-

kres mego referatu (prace *Römera*, *Kretschmera*, *E. i F. Minkowskich*, *Zielińskiego*, *Delbrücka*, *Gründlera* i innych).

Praca *J. Guschmer* (wykonana w instytucie *Rüdinowskim*) zajmuje się badaniem możliwych przypuszczeń o widokach zachorowania na padaczkę siostrzeńców i siostrzenic ludzi chorych na padaczkę.

Wzorując się na pracach *Schulza* (o siostrzeńcach i siostrzenicach ludzi chorych na schizofrenię) *Kattentidta* (o siostrzeńcach i siostrzenicach małżonków ludzi, cierpiących na porażenie postępujące, autorka opracowała starannie i dokładnie (dane z obserwacji osobistej, wiadomości od rodziny, władz wszelkiego rodzaju, urzędów stanu cywilnego i t. d.) 54 rodziny, po odrzuceniu znacznej liczby obserwacyj, nie dających pewności co do rozpoznania padaczki samoistnej chorego lub posiadających luki w danych co do krewnych chorych. Po dokładnem zbadaniu każdego rodowodu (z charakterystyką każdego osobnika) autorka zestawia swe wyniki w wielu tablicach i przychodzi do następujących wniosków: 1) między krewnymi epileptyków i ich potomkami spotykamy znacznie mniej epileptyków niż w pokoleniu bezpośrednio od epileptyków pochodzącem. 2) potomkowie krewnych ludzi chorych na padaczkę wykazują znaczniejszą liczbę upośledzeń fizycznych i psychicznych niż ludność przeciętna (tyczy się to konwulsyj u dzieci, bólów głowy, moczenia się do łóżka, częstości stanów podrażnienia, niedorozwoju psychicznego, psychopatji i histerji).

Naogół jednak wyniki badań autorki, tyczących się 373 osobników (z ogólnej liczby 476 dzieci w 54 rodzinach—103 zmarło w dzieciństwie) są bardzo skromne.

Celem charakterystyki kierunków badań nad powstawaniem i rozwojem padaczki przytaczam wreszcie treść kilku jeszcze prac.

Clemmesen zajmował się wpływem ciąży na przebieg padaczki i badał w tym kierunku 107 ciąży u 58 epileptyczek: w 54 ciążach miał zwiększenie liczby napadów, w 28—żadnych zmian, w 18 polepszenie, w reszcie w 7 narazie pogorszenie, które później przeszło w polepszenie. W 9 przypadkach padaczka wystąpiła po raz pierwszy w czasie ciąży, z tego w 6 przypadkach w czasie 1 ciąży w 3 — w czasie w 7 przypadkach padaczka wystąpiła po dłuższej przerwie ponownie w czasie ciąży (5 — w przebiegu 1 ciąży, 2 — w przebiegu późniejszych). Z 260 dzieci zmarło 12 (z tego 6 na drgawki jakieś).

Schröder badał wpływ wojny na przebieg padaczki: z 97 obserwowanych przypadków w 25 jedynie zauważył zwiększenie się

liczby napadów drgawek, naogół jednak żadnego większego wpływu. W 17 przypadkach padaczka wystąpiła po raz pierwszy w czasie wojny, z tego 5 razy po urazie.

Hermann podaje przypadek padaczki u najprawdopodobniej jednojajowych bliźniąt, która u obydwojga wystąpiła po raz pierwszy w okresie dojrzałości płciowej z najzupełniej podobnemi objawami.

Oberholzer notował samowyleczalność padaczki w przebiegu życia 4 pokoleń pewnej rodziny.

Z wyżej podanego krótkiego i, z konieczności, prawdopodobnie w wielu miejscach, niedokładnego zestawienia posiadanych przez nas obecnie danych o znaczeniu dziedziczności i czynników zewnętrznych w powstawaniu padaczki, widzimy, że nie możemy jeszcze poszczycić się dostatecznym materjałem do wyprowadzenia ostatecznych wniosków. To też stać nas na razie jedynie na przypuszczenia w kierunku interesujących nas pytań i na znaczenie dróg, po których do otrzymania pewnych wyników dążyć powinniśmy.

Zdaje mi się, że zgodzić się musimy ze zdaniem większości specjalistów badań nad padaczką i jej objawami, że u podstawy tych objawów leżeć musi pewne usposobienie, pewne cecha konstytucjonalna danego osobnika.

Przeciwko odosobnionym zdaniom autorów jak *Tillmann* i *Pierre Marie*, przypisujących powstawanie napadów drgawkowych jedynie działaniu przyczyn zewnętrznych, przemawiają liczne fakty np. niejednakowa „gotowość do konwulsyj" u dzieci, i u wielu osobników z ciężkimi urazami i nowotworami mózgu, a prawdopodobnie i przy wielu innych przypadkach padaczki objawowej. Nawet u *Pierre Marie* spotykamy pewne ustępstwo na rzecz pojęcia o usposobieniu do padaczki, gdy autor ten stara się wytłomaczyć powstawanie padaczki u kilku osób w rodzinie mówiąc: „może to objaw jakichś zmian organicznych w mózgu, przy których psychozy łatwiej występują (psychozy rodzinne) może to jest wynikiem tego, że pewne kobiety dzięki właściwościom swej budowy cielesnej mają specjalne skłonności do trudnych porodów, może to wreszcie jedynie wynik złej opieki nad dziećmi."

Widzimy tu, że autor, nie mogąc wytłomaczyć powstawania padaczki rodzinnej w jednem pokoleniu (nie mówiąc już o dwóch), ucieka się do przypuszczenia istnienia pewnych właściwości rodzinnych.

Następnem pytaniem jest, czy padaczka jest chorobą o ściśle określonej etjologji, przebiegu, objawach i zejściu, rozwijającą się na

gruncie odziedziczonego czy też nabytego usposobienia pod wpływem działania przyczyn zewnętrznych lub bez nich, czy też tylko zespołem objawów, których to lub inne ugrupowanie zależnem jest od właściwości danego organizmu, od charakteru wywołujących padaczkę czynników dalej, czy i jaki istnieje związek między prawie fizjologiczną „gotowością do konwulsyj" we wczesnem dzieciństwie i tak zwaną padaczką dorosłych i t. d.

Dotychczasowe dane kliniczne nie dają nam jeszcze prawa, moim zdaniem, do wykluczenia możliwości istnienia jednostki chorobowej padaczki, charakteryzującej się przez drgawki i ich równoważniki, przez zmiany charakteru, stany zamroczenia i stopniowo lecz stale rozwijające się otępienie psychiczne. Stopień częstości i nasilenia tych głównych objawów i ich wzajemna współzależność nie jest jeszcze dokładnie zbadana i w wielu kierunkach koniecznem jest przeprowadzenie systematycznej obserwacji nad całym szeregiem epileptyków (najlepiej w specjalnych zakładach dla nich).

Uznając istnienie padaczki jako choroby musimy sobie dalej zadać pytanie, czy dotychczasowy nasz podział na samoistną i objawową padaczkę jest słuszny, innemi słowy, czy słusznem byłoby wypowiedzieć twierdzenie, że padaczka jest chorobą, rozwijającą się jedynie na gruncie pewnego usposobienia, jako właściwości konstytucyjonalnej, jednak zawsze pod wpływem działania jakichś zewnętrznych czynników (urazy, zatrucia, choroby zakaźne i t. d.), czy też powstanie padaczki i jej rozwój możliwemi są i bez współdziałania czynników zewnętrznych.

Uznając najzupełniej, że niemożność znalezienia przyczyny zewnętrznej powstawania padaczki nie jest jeszcze wystarczającym dowodem tego, że podobna przyczyna nie istnieje, przypuszczam, że posiadane przez nas dotychczas dane nie przeczą istnienia padaczki samoistnej jako choroby o zawsze jednakiej wewnątrz pochodnej etjologij, że pewne fakty kliniczne (np. rodzinne jej występowanie, jednakowość obrazów przebiegu i zejścia i t. d.) zdają się zatem przemawiać.

Przyjmując jednak możliwość istnienia usposobienia do padaczki, musimy dalej odpowiedzieć na pytanie, na czem to usposobienie polega i czy bywa ono tylko odziedziczonem czy też i nabytem w życiu osobnika. Nie wiemy jeszcze, jakie stosunki panują między usposobieniem do padaczki i całą resztą konstytucji osobnika, nie wiemy, naprzykład, co w psychice epileptyka od samej padaczki zależy, a co jest wynikiem działania padaczki na konsty-

tucję psychiczną osobnika, co daje usposobienie do padaczki skombinowane z usposobieniem do innych psychoz.

Co do charakteru samego usposobienia posiadamy jedynie rozmaite przypuszczenia, wymagające szczegółowego dalszego opracowania na odpowiednio ugrupowanym materjale.

W przypuszczeniach swych przyjmować musimy przedewszystkiem pod uwagę: budowę anatomiczną kory mózgowej, pnia i innych części układu nerwowego ośrodkowego lub pewne nieznane może nam jeszcze bliżej właściwości ich funkcjonowania np. pewną wzmożoną wrażliwość na podniety zewnętrzne, możemy również szukać umiejscowienia owego usposobienia w systemie nerwowym roślinnym, w układzie gruczołów o wydzielinie wewnętrznej (może nie w pojedyńczym gruczole a w pewnem ich ugrupowaniu), może we wzajemnem ustosunkowaniu się układów wyżej wymienionych. Wątpliwą jest rzeczą, byśmy mogli, jak chcą niektórzy autorzy, wnioski pewne w tym rodzaju wyprowadzić z charakteru zwiastunów przed napadami drgawek.

Co do odziedziczalności usposobienia do padaczki posiadamy danych stosunkowo niewiele, wystarczą one nam jednak do stwierdzenia znaczenia dziedziczności. Padaczkę u rodziców i dzieci znajdywali: *Muskens* na 1810 pewnych przypadków — 418 razy znalazł padaczkę lub migrenę w bezpośredniem obarczeniu (rodzice, dziadkowie, bracia i siostry, dzieci), 59 razy padaczkę matki w czasie ciąży, 169 razy padaczkę lub migrenę w pośredniem obarczeniu. *Snell* na 352 przypadki, niewątpliwej podług niego padaczki samoistnej w 44 przypadkach—padaczkę u rodziców, dziadków i bliskiego rodzeństwa, w 15 — u stryjów, ciotek i t. d.

Kuffner na 900 zbadanych epileptyczek znalazł padaczkę w rodzinie 111 osób, drgawki jakieś u 30, na 1100 zbadanych epileptyków — padaczkę w rodzinie 140, jakieś drdawki w 27 przypadkach. *Sanchis Banus* na 293 epileptyków — u 9 padaczkę ojca, u 12 padaczkę matki u 12—jednej osoby z bliskiego rodzeństwa, 45 — dalszego rodzeństwa.

W moim materjale 922 epileptyków—w 15 przypadkach jedno z rodziców miało padaczkę, w 17 — jedno z bliskiego rodzeństwa, w 18 — z dalszego rodzeństwa. W dokładniej zebranym ale i częściowo różnym materjale kliniki Neurol. — Psych. na 335 epileptyków — w 17 przypadkach jedno z rodziców miało padaczkę, w 16 — jedno z bliskiego rodzeństwa, w 11 — z dalszego rodzeństwa i t. d.

Dane te pozwalają przypuszczać, że w wielu przypadkach,

najprawdopodobniej padaczki samoistnej, usposobienie do padaczki bywa odziedziczalnem. Sposobu dziedzicznego przekazywania narazie nie możemy tu określić, co najwyżej możemy przypuścić, że jeśli prawa *Mendla*, może znacznie zmienione, mają tu swe zastosowanie, dziedziczenie usposobienia tego odbywa się prawdopodobnie jako cechy recesyjnej, ustępującej przed zdrowiem. Do pewności jednak, o jakiej mówią *Davenport* i *Weeks* bardzo nam jeszcze daleko. Recesyjność tej cechy może jest związana współzależnościami z innemi cechami konstytucji osobniczej.

Usposobienie do padaczki objawowej prawdopodobnie bywa w wielu razach również odziedziczalnem.

Przypuszczać jednak możemy, że dalsze badania w tym kierunku, przeprowadzone przy zachowaniu środków ostrożności, zalecanych przez *Rüdina* z czasem doprowadzą nas do pożądanego celu, jak to ma już miejsce co do padaczki myoklonicznej i pląsawicy *Huntingtona*.

W związku z oddziedziczaniem usposobienia do padaczki możemy zastanowić się nad powstawaniem padaczki u dzieci rodziców alkoholików. I tutaj również ostatecznych wyników jeszcze nie posiadamy, w wielu razach mamy zbyt subjektywne traktowanie przedmiotu przez autorów, zwolenników ruchu abstynenckiego, lub jego przeciwników. Mało mamy danych ściśle rzeczowych, a najrozmaitsze statystyki podają różne cyfry.

Narazie wypadnie nam zgodzić się ze zdaniem *Redlicha*: „nie możemy odrzucić alkoholizmu jako uszkadzającego plazmę czynnika przy powstawaniu padaczki, musimy się jednak strzec, by czynnikowi temu zbyt wielkiego znaczenia nie przypisywać".

Możliwem jest, jak mówi *Rüdin*, że padaczka dzieci, psychopatja i alkoholizm rodziców, jak również padaczka, psychopatja i alkoholizm innych krewnych chorych padaczkowych są mniej lub więcej równowartościowemi skutkami nieprawidłowych właściwości rodzinnych.

Wyjaśnienie jednak tej sprawy jak zresztą i wielu innych, związanych z patogenezą padaczki, należy do przyszłości.

LITERATURA.

Bauer J. Die konstitutionnele Disposition zu inneren Krankheiten. III Auflage. Berlin 1924.

Binswanger O. Die Pathogenese und Prognose der Epilepsie. Münch. Med. Woch. 1922.

Foerster O. Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles. Referat der XVI Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte Sept. 1926.

F. Frisch. Die pathophysiologischen Grundlagen der Epilepsie Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Ps. Bd. 65.

Gruhle. Ueber die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie in den Jahren 1910—1920 Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1921.

Guschmer. Zum Problem der Erbprognosebestimmung. Die Erkraukungsaussichten der Neffen und Nichtenschaften von genuinen Epileptikern. Zeitchr. f. d. gen. Neur. u. Psych. Bd. 106.

Hoffmann H. Zar Frage des epileptischen Konstitutionstypus. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94.

Marchand L. et *Bauer.* Du rôle de la syphilis dans l'épilepsie dite essentielle Paris mèdical 1927. Nr. 42.

Minkowska Fr. Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères (en particulier à celui de l'èpileptoidie). Annales mèd.—psychol. 1923 Juillet.

Muskens. Epilepsie. Berlin 1927.

Pierie Marie. Quelques cousidérations sur l'ètiologie et sur le traitement de 'épilepsie. La Presse Mèdicale Nr. 6. 1928.

Redlich E. Das Greuzgebiet der Epilepsie. Wien. Klin. Woch. 1927.

" " Zur Kenntnis der Spät—und Altersepilepsicen Wien. Klin. Woch. l1927.

Referaty *Reichardta, Wetha, Spielmeyera* i *Rüdina* na Jahresversammlung Bayrischer Neurol. u. Psych. 1923.

Referaty prac *Schrödera, Herrmanna, Redlicha, Tilmanna, Hauptmanna, Burra, Thom* and *Walker, Vollmera, Davenporta, Rosetta, Bassoe, Tullio, Corberi* i *Sanchis Banus* w Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. Bd. XX—XLII.

Snell. Die Belastungsverhältnisse bei der genuinen Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 70.

Zieliński. Epilepsia w świetle badań nad stosunkiem budowy ciała do konstytucji psychicznej Kraków 1924.

Kehrer und *Kretschmer.* Die Veranlagung zu scelischen Störungen Berlin 1924.

Wreszcie prace nad dziedzicznem przekazywaniem usposobienia do chorób psychicznych.

KLINIKA I PATOGENEZA PADACZKI.

podał

K. ORZECHOWSKI.

Na wstępie muszę podnieść trudność ścisłego wyosobnienia epilepsji, jako jednostki chorobowej. Człowiek, który miał kilka napadów w życiu pod wpływem bardzo silnych bodźców napadowych, może nie być epileptykiem. Gdzie jednak postawić granicę między epilepsją fizjologiczną np. u dziecka, a epilepsją patologiczną? Z drugiej strony narzuca się pytanie, czy można traktować łącznie etjologję, patogenezę i mechanizm objawowy epilepsji, trwającej od dzieciństwa u człowieka obarczonego dziedziczną do niej skłonnością, nie wykazującego zresztą organicznych zaburzeń, i epilepsji u człowieka bez obarczenia, nabytej później np. pod wpływem ciężkiego urazu lub zakażenia kiłowego, z oczywistymi po nich zmianami organicznymi mózgowia? O ile dostępniejsze jest powiązanie, przynajmniej powierzchowne, objawów z przyczyną w epilepsji organicznej, o tyle więcej zagadek tkwi w mechanizmie powstania choroby w pierwszym przykładzie. Od dawna, różnymi drogami zmierzają usiłowania badaczy do wyodrębnienia tej najbardziej tajemniczej, o ile chodzi o powstanie, padaczki samoistnej, "genuinnej", od innych jej postaci. Padaczkę samoistną określa każdy niemal autor inaczej i — co gorsza — najczęściej nie dość ściśle, nieuchwytnie. Jako przykłady przytoczę, że do postaci genuinnej, którą będę zwał samoistną, niektórzy zaliczają padaczkę wrodzoną, co dla niektórych jest nadto równoznaczne z dziedziczną. Naogół, w pojęciu badaczy, ma cechować padaczkę samoistną brak pierwotnych zmian anatomicznych. W pojęciu innych, istnienie anomalji anatomicznych wrodzonych, a nawet znacznych, wcześnie nabytych zmian (brak spoidła dużego, mikrogyria, mikrocephalia, porencefalia, nawet glejak i t. p., *Wohlwill, Pollak*) godzi się z samoistnością choroby. *Hartmann* i *di Gaspero* przeciwstawiają padaczce samoistnej t. j. takiej, której przyczyny nie można wykryć, „zespół epileptyczny". Jednak

i oni przyjmują dla padaczki samoistnej uchwytne zmiany tkankowe. *Binswanger* uznaje za prawdziwą, epilepsję toksyczną, syfilityczną, urazową i t. p., a obok niej rozróżnia postać dynamiczno-konstytucjonalną, która odpowiadałaby padaczce samoistnej. Natomiast wielu autorów uważa za prawdziwą padaczkę właśnie tylko padaczkę samoistną tj. przypadki niejasnego pochodzenia, przypadki bez jakichkolwiek zmian anatomicznych, poza, rzecz jasna, zmianami wtórnymi, jak stwardnienie obrzeżne *Chaslina* i ponapadowe zmiany zwyrodnieniowe i stwardnieniowe w rogu Ammona i w móżdżku. Jak wiadomo, *Kraepelin* próbował na podstawie klinicznej wyosobnić padaczkę samoistną, uważając za moment różniczkowy swoistą zmianę osobowości psychicznej. Stanowisko *Kraepelina* nie znalazło atoli uznania. Według większości autorów zmiany psychiczne schodzą zupełnie na plan dalszy wobec naczelnego objawu chorobowego, napadu ruchowego. Jako o osobliwości wspominam o poglądach *Bottena*, który do przypadków samoistnej padaczki zalicza tylko przypadki korzystnie oddziaływające na świeże soki gruczołów tarczykowych i przytarczycznych. Referentowi najbardziej przemawia do przekonania pogląd *Redlicha*, wypowiedziany na Zjeździe Neurologów Niem. w 1912 r., że w miarę postępu badań anatomicznych i klinicznych zakres padaczki samoistnej zacieśnia się coraz więcej, rozpływając się powoli w padaczce uwarunkowanej zmianami organicznemi mózgowia, które dają się stwierdzić lub których można się domniemywać. *Redlich* nie widzi zresztą różnic między przypadkami różnej etjologji pod względem syptomatologji, rozwoju, charakterystyki psychiatrycznej i nawet obarczenia, a postacią samoistną. Gdy więc niema żadnej możności ustalenia granicy, wobec różnic, które są co najwyżej ilościowe, proponuje R. termin podaczki samoistnej wogóle skreślić. R. mówi więc ogólnie o podaczce przewlekłej. Stojąc na tem negatywnem stanowisku, odradza R. wysiłków na prace, mające za cel rozgraniczenia postaci podaczki, ponieważ nie rokują powodzenia przy wiadomościach, jakiemi obecnie możemy rozporządzać. Należy natomiast zwrócić się w kierunku, który umożliwi może osiągnięcie celu na innej drodze, w kierunku badań nad istotą skłonności do padaczki, nad wahaniami jej w przebiegu chorobowym, prowadzącemi to do wyładowań, to do przerw, do badań nad patogenezą i mechanizmem napadu. Wyjaśnienie tych problemów, znajdzie się może w badaniu chemicznem soków ustroju, w badaniu narządów dokrewnych i aparatu nerwowego wegetatywnego. Na poparcie poglądów *Redlicha*, należy wymienić obok spostrzeżeń bio-

ptycznych *Förstera* oraz jego pomyślnych zabiegów chirurgicznych, wyniki encefalografij w epilepsji chronicznej. Wykazują one nadspodziewanie często znaczne różnice objętości komór, które to różnice są prawdopodobnie wskaźnikiem zmian patologicznych, bardziej uderzających na wentrikulogramach niż podczas obdukcji *(Tyczka, Förster)*. Wyniki te oczekują jednak jeszcze kontroli na większym materjale nieepileptycznym. Także początek ogniskowy napadów, o wiele częstszy w padaczce samoistnej, niż się to ogólnie przypuszcza, wskazuje z dużem prawdopodobieństwem na jej podłoże organiczne.

Po tem zaznaczeniu, że przedmiot chorobowy, który omawiamy, może być różnie ujmowany, zależnie od zasadniczego poglądu na odgraniczenie najbardziej omawianej i, wedle niektórych, zasadniczej postaci podaczki, przechodzę do omówienia strony klinicznej, ta bowiem w każdej postaci o przewlekłym przebiegu przedstawia się naogół jednakowo.

Podziały padaczki na różne grupy nie mają istotnej wartości, co najwyżej, pewne praktyczne znaczenie. Kryterja podziałowe są często hipotetyczne, albo kierują się zewnętrznymi cechami, albo wreszcie, wynikają z subjektywnego poglądu danego autora na padaczkę. Jeden z podziałów uwzględnia następujące grupy: 1. padaczka wywołana przez jady endogenne, jak dotychczas, natury hipotetycznej. Tu należą padaczka samoistna i padaczka w następstwie chorób narządów dokrewnych. 2. Padaczka wywołana przez jady znane, przeważnie exogenne, padaczka alkoholowa, ołowicowa, z drugiej strony padaczka u odratowanych po uduszeniu topielców, ludzi zasypanych przez lawiny i t. p. 3. Padaczka zależna od miejscowych schorzeń mózgu: jak guzy, kiłowe cierpienia i t. p. 4. Padaczka urazowa, Inna klasyfikacja także opierająca się na etjologji, jako na punkcie wyjścia, wymienia: eklampję dziecięcą, padaczkę ciążową, urazową, alkoholową, ołowicową, sercową, miażdżycową, starczą, padaczkę odratowanych po uduszeniu, padaczkę nawiązującą do zatorów tłuszczowych i zabiegów ortopedycznych i padaczkę odruchową. Dalsza próba klasyfikacji opiera się na różnicach wieku, w którym choroba występuje: 1. Grupa drgawek dziecięcych łącznie z drgawkami „okolicznościowemi". 2. Padaczka okresu dojrzewania płciowego. 3. Padaczka menstrualna. 4. Padaczka ciążowa. 5. Padaczka klimakteryczna. 6. Padaczka starcza, poniekąd identyczna z miażdżycową. Jak podziały te nie są istotne, wykazuje prosty przykład. Padaczka

samoistna może u jednego chorego ujawniać się tylko w dzieciństwie, u innego, tylko w okresie pokwitania, u innego wreszcie zjawić się dopiero w podeszłym wieku. Wreszcie dla *Muskensa* zasadniczym objawem chorobowym, z którego wypływają i na który nawarstwiają się inne szczegóły chorobowe, są myoklonie. Dlatego *Muskens* proponuje taki podział: 1. Padaczka częściowa czyli jacksonowska. 2. Duży napad jako pierwotne zjawisko, do którego dopiero dołączają się napady małe i myoklonie. 3. Pierwotnie występują małe napady, dopiero po nich przybywają duże napady i myoklonie. Do 4. grupy, według M. głównej, należy pierwotna myokloniczna padaczka, której nie należy utożsamiać z t. zw. myoklonus-epilepsją *Unverrichta-Lundborga*. W grupie tych przypadków, w miarę rozwoju i utrwalania się myoklonij wykształcają się inne rodzaje wyładowań padaczkowych. Czasami ten rozwój padaczki pochłania wiele lat, kiedyindziej, np. pod wpływem zatrucia, cały cykl rozwojowy skraca się do kilku godzin, w ciągu których może dojść ostatecznie nawet do stanu padaczkowego.

W ośrodku *objawów* klinicznych padaczki pozostaje zawsze *napad*, którego przebieg i objawy są na tyle znane, że nad ich opisem się nie zatrzymuję. Dokładna ich znajomość pozwala na odróżnienie napadów padaczkowych od histerycznych. W rozróżnianiu rozstrzygają nie poszczególne objawy, a całość zespołu. W napadzie padaczkowym górują drgawki mięśni twarzowych; w padaczkowym istnieje współczesność drgawek jednej połowy ciała, w histerycznym współczesność dotyczy ruchów kończyn jużto górnych, jużto dolnych; rozwój napadu histerycznego ma tendencję excentryczną, expansywną, rozwój napadu epileptycznego ma raczej charakter koncentryczny, rozwija się na ciaśniejszym terenie. Epileptyk po napadzie jest rozbity i powoli przychodzi do siebie, histeryk szybko. Napady nocne zdarzają się u epileptyków, natomiast histerycy miewają je raczej przed zaśnięciem, mogą je mieć jednak także we śnie pod wpływem marzeń sennych, ale zwykle wprzód się rozbudzają. Zależność od zewnętrznych czynników i od afektów wskazuje na tło histeryczne, zdarza się jednak i w epilepsji, czego przykładem zresztą jest afektywna padaczka. Brak odruchu źrenic na światło może się wyjątkowo zdarzyć także w histerji, w której ci chorzy przy badaniu źrenic częściej niż padaczkowcy bronią się, uchylają głowy, przymykają silnie powieki i t. p. Ani jeden ze wskazanych tu objawów nie rozstrzyga stanowczo o naturze napadu. Bezwzględnie pewnymi objawami napadu epileptycznego są: objaw Babińskiego w czasie lub po napadzie i inne objawy t. zw. orga-

niczne, z drugiej strony petocje masowe na twarzy i szyi, zlewające się nieraz ze sobą tak, że pozorują rozległy rumień. Objaw paluchowy Babińskiego pojawia się mniej więcej w połowie przypadków w stadjum śpiączki, po małych napadach obserwuje się go bardzo rzadko, może być obu—lub jednostronny. Do objawów rozstrzygających o charakterze padaczkowym napadu należą jeszcze odruchy Oppenheima, Rossolima i Piotrowskiego, jeśli wystąpią tylko po jednej stronie, różnica odruchów ścięgnisto-okostnowych obu stron i zniknięcie odruchów brzusznych. Po sprowadzeniu powietrza do jamy czaszkowej można w pewnej grupie epileptyków stwierdzić te same objawy neurologiczne *(Tyczka)*. Czy różnica wielkości komór jest stałym objawem encefalograficznym epilepsji *(Tyczka)*, pokaże dopiero przyszłość. Krwotoki podspojówkowe, przykąszenia języka, obrażenia zewnętrzne, oddanie stolca, moczu i wiatrów, nie mają znaczenia różniczkowego, bo wszystkie te objawy może chory wywołać rozmyślnie. *Jellinek* zwrócił uwagę na krwotoczki w głębokich załamkach spojówki, które według niego mają się zdarzać prawie w połowie przypadków padaczki i, naturalnie, dają się wykazać nawet w kilka dni po napadzie. Rozstrzygające znaczenie w rozpoznaniu padaczki mogą mieć objawy poraźne ponapadowe. Występują one najczęściej w postaci lekkich zaburzeń afatycznych, które o wiele rzadziej wyprzedzają napady, a jeszcze rzadziej zdarzają się jako równoważniki. Objawy poraźne kończyn spotyka się po napadach Jacksonowskich lub ogólnych, zaczynających się jednak jak Jacksonowskie napady. Z drugiej strony, na co pierwsi zwrócili uwagę *Higier* i *Sterling*, mogą istnieć równoważniki paralityczne, a nawet zapoczątkowanie napadu w postaci porażeń, ustępujących w miarę rozwoju napadu. Do analogicznych, o wiele rzadszych, następstw napadów należy obraz ostrej ataksji, objawy menierowskie i przykurcze pozapiramidowe. W bardzo rzadkich przypadkach wytwarza się z czasem obraz „padaczki przykurczowej", przypominający to drżączkę poraźną, to porażenie wrzekomoopuszkowe, które *Tramer* tłumaczy postępującym zanikiem komórek Betza. Zaburzenia psychiczne charakteryzujące epizod napadowy zostaną omówione przez innego referenta. Zachowanie się obrazu morfologicznego krwi ma mieć również według niektórych ważne znaczenie różniczkowe. Obraz morfologiczny krwi jest często u epileptyków nieprawidłowy, podobny do tego, jaki się spotyka u ludzi z aparatem wegetatywnodokrewnym nieprawidłowym, więc w chorobie Basedowa, w stanie grasiczo-limfatycznym, u neurotyków i t. p. Ilość limfocytów i dużych jednojądrzastych leukocytów jest zwiększona, ilość zaś obo-

jętnochłonnych ulega dużym wahaniom. Napad wyprzedza absolutna i limfocytarna leukopenja, której natężenie wzmaga się w stanie epileptycznym i w ciągu napadu. Po napadzie zjawia się bardzo rychło leukocytoza z limfocytozą i mononukleozą, najwybitniejsza mniej więcej w 6 godzin po nim. Limfocytoza i mononukleoza wyróżniają, jak sądzi *di Gaspero*, leukocytozę ponapadową od leukocytozy będącej następstwem wysiłków mięśniowych. Napad wyprzedza także zmniejszenie liczby neutrofilów, których przybywa natomiast po napadzie. Według *di Gaspero* narastanie absolutnej neutrofilji obok spadku liczby leukocytów jest objawem korzystnym, jeśli natomiast równocześnie podnosi się i liczba limfocytów i neutrofilów, grożą dalsze napady. Najczulej mają oddziaływać na zbliżanie się napadu ciałka kwasochłonne, których liczba maleje, a po napadzie rośnie. *Hartman* i *di Gaspero* w naszkicowanem zachowaniu się obrazu krwi, podobnym do takiegoż obrazu w chorobie surowiczej i shoku anafilaktycznym, dopatrywali się wskazówki, jakoby najbardziej przekonywającej, że źródłem napadu epileptycznego jest zatrucie produktami rozpadu białka. Atoli według *Hawkinsa* i *Wutha* zmiana morfologiczna krwi podczas napadu jest następstwem potężnego wyładowania ruchowego i kwasicy wywołanej przez zatrzymanie oddechania. To też *Brühl*, znajdując podobne zmiany krwi w histerycznych napadach, odmawia im znaczenia różniczkowego.

Omawiając cechy wyróżniające napady padaczkowe od histerycznych muszę wspomnieć o sposobach sztucznego wywoływania padaczki. Przeważna ich część ze względu na niehumanitarność, pewne niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia, wreszcie na możliwość wywołania padaczki dotąd utajonej, ma znaczenie tylko historyczne. Zastrzeżenie to najmniej dotyczy prób wywołania napadu u epileptyków, którzy przedtem zażywali brom, zapomocą podawania dużych ilości soli po odstawieniu bromu. Próbowano w tym celu także alkoholu, który jednak u niealkoholików działa nieraz dopiero po długiem używaniu, a czasem dopiero w okresie dezalkoholizacji. Kokaina stosowana w czasie wojny, przeważnie zawodziła. To samo można powiedzieć o ucisku tętnic szyjnych u człowieka. O wiele donioślejsze znaczenie ma hyperwentylacja. Nie jest ona pozbawiona pewnego niebezpieczeństwa, bo może wywołać napad także u nieepileptyka *(Sterling)*, a wywoławszy raz napad, przygotować teren dla pogotowia napadowego. Liczby pozytywnych wyników z wywołaniem napadów wahają się znacznie. *Förster* otrzymywał je w 55% przypadków, *Sterling* w 32%, ja sam na kilkadziesiąt hyperwentylacji uzyskałem napady zaledwie w kilku przypadkach, podobnie *Ja-*

not, który miał 2 przypadki pozytywne na 50 przypadków padaczki. Różnice te zależą prawdopodobnie od pory roku, w której badania przeprowadzono. Z badań *Sterlinga*, rozporządzającego największem tutaj doświadczeniem, wynika, że hyperwentylacyjna tężyczka nie jest swoistym objawem padaczki, napady zaś padaczkowe okazywać mogą niezmierny polimorfizm, występując np. tylko jako równoważniki psychiczne albo przedsionkowe, siatkówkowe, to w postaci paroksyzmów ziewania, niedowładów kończyn lub mowy, wreszcie zespołu tężyczkowo - odmóżdżeniowo - padaczkowego. Praktycznie najważniejszym szczegółem badań *Sterlinga* było stwierdzenie niesłuszności tezy *Förstera*, jakoby padaczkowy odczyn hyperwentylacyjny w każdym poszczególnym przypadku musiał być wierną kopią jego samoistnych napadów. Wprawdzie epileptyczne odczyny hyperwentylacyjne bywały u jednego i tego samego osobnika naogół zbliżone do siebie, jednak zdarzała się i wielokształtność. Ma to szczególne znaczenie dla padaczki przebiegającej w sposób zbliżony do padaczki Jacksonowskiej. W przypadkach padaczki samoistnej, obserwowanych przez *Förstera*, początek i przebieg napadów hyperwentylacyjnych nader często wskazywały na określone ognisko, jako punkt wyjścia wyładowania napadowego. Wprost przeciwnie *Sterling* obserwował tego rodzaju napady zaledwie w 2,5% i z tego głównie powodu nie przypisuje objawom Jacksonowskim w doświadczeniu oddechowem większego znaczenia. U chorych, u których próby hyperwentylacyjne powtarzano częściej, podczas następnych doświadczeń czas oddechania, potrzebny do zjawienia się napadu, stawał się krótszy. W niektórych przypadkach powtórne doświadczenia kończyły się napadem histerycznym, ale z drugiej strony należy wspomnieć, że według *Janot'y* objawy histeryczne mają wogóle stanowić najbardziej charakterystyczny dla hyperwentylacji odczyn. Hyperwentylacja może dokonać się odruchowo np. w zimnej kąpieli, pod wpływem bólu i wzruszenia, wreszcie istnieje hyperwentylacja fizjologiczna we śnie. Hyperwentylacja odruchowa jest źródłem neurotycznej tężyczki oddechowej, z drugiej strony może ona sprowadzić napad epileptyczny, będący czasem w kąpieli powodem utonięcia. Pogłębienie zaś oddechu we śnie tłumaczy może częstość napadów nocnych.

W pewnych przypadkach rozpoznanie napadu padaczkowego może być utrudnione z powodu, że u tego samego chorego zdarzają się, obok epileptycznych, także napady histeryczne—co ma zwłaszcza miejsce u chronicznych epileptyków — albo, że napad histeryczny dołącza się do epileptycznego. Przypadki tego rodzaju nie mają

nic wspólnego z histero-epilepsją, którym to terminem starano się ująć postaci jakoby pośrednie, mające być pomostem między histerją a padaczką. Przedział między histerją a epilepsją musi być jednak nadal utrzymany. Jeśli nawet przyjmiemy w myśl poglądów, między innymi *Pieńkowskiego*, że kształtowanie się napadu histerycznego idzie po linji pewnych określonych fizjologicznych zespołów ruchowych, w każdym razie mechanizm organiczny wyzwalający ruchy napadu epileptycznego jest zupełnie odmienny. Na tej samej zasadzie proponowałbym oddzielić od padaczki przeróżne napady hiperkinez pozapiramidowych, których coraz nowe postacie poznajemy z czasem. Jeśli je np. *Sterling* i inni określają jako *epilepsia extrapyramidalis*, to należy ustalić, że z epilepsją mają one wspólny jeden tylko rys, mianowicie charakter napadowy, a tem samem peryodyczność, lecz poza tem różnią się cechami morfologicznymi napadu, zachowaniem przytomności, długotrwałością i rysami histerycznymi, mianowicie przystępnością dla sugestyi. Zespoły pozapiramidowe mogą być dodatkiem napadu epileptycznego, mogą być jednym z objawów wyczerpania czy rozhamowania ponapadowego, mogą się zdarzać jako równoważniki obok typowych napadów, nie mogą jednak same przez się stanowić padaczki.

Różniczkowanie między *omdleniem* a napadem epileptycznym opiera się na tej podstawie, że po omdleniu nie spotyka się nigdy ruchów automatycznych ani zamroczeń. Nie ulega jednak wątpliwości, że między nieprzytomnością w napadzie epileptycznym a synkope, zachodzi głęboki związek i że zwykłe omdlenia mogą poprzedzać wystąpienie pierwszych napadów. *Gowers* przypuszczał, że w nap.dzie czynny jest ten sam mechanizm, który odpowiada synkope, że jednak pierwotnym stanem jest utrata przytomności, poczem dopiero blednieje twarz. Kolejność zaburzenia czynnościowego poszczególnych aparatów jest prawdopodobnie tego rodzaju: zaczyna się od podrażnienia kory, które udziela się ośrodkom w moście i opuszce i wtedy dopiero pojawia się utrata przytomności.

Objawy zwiastunowe mogą wyprzedzać napad na długi czas lub na krótki, a wtedy trudno odgraniczyć je nieraz od aury. Częstość długotrwałych zwiastunów bywa odsetkowo różnie podawana. *Turner* wyraża ją 15%, w rzeczywistości jest ona jednak nieporównanie większa. U poszczególnych osobników zwiastuny mogą się czasem nie zdarzyć, albo wystąpiwszy przejść bez napadu. Objawy zwiastunowe mogą być trwałe i napadowe. Do pierwszych należy obłożony język, ból głowy, dziwne przytłaczające uczucie, kapryśny

nastrój, senność, sny niespokojne, rozszerzenie lub nierówność tętnic. Napadowo zjawiają się zaburzenia naczynioruchowe, nagły niepokój, zamęt w głowie, kichanie, ziewanie, odbijanie, kurcze żołądkowe, częste oddawanie moczu, wreszcie wyładowania ruchowe w postaci „małych napadów", lub silnych zawrotów głowy z przelotnymi zaburzeniami psychicznymi, albo też w postaci wstrząsów myoklonicznych, które w miarę zbliżania się napadu stają się coraz częstsze. Z zaburzeń psychicznych występuje między napadami zmiana nastroju, nieokreślony lęk, poczucie *du déjà vu*, uczucie jakby świat zewnętrzny był czemś nieistotnem; po okresach przygnębienia bezmierna błoga euforja, Liczni autorzy, po *Muskensie, Maes i Claude, Kinnier Wilson, Balint, Baugh i de Crinis* notują uderzającą częstość przedmiotowych zaburzeń czucia, dochodzącą do 70%. Czasem wyrażają się one w ogólnej analgezji, lecz najczęściej zajmują pasy odcinkowe odpowiadające C_6 po D_5, a na kończynach dolnych pas wewnętrzny uda i podudzia. W miarę zbliżania się napadu obniżenie i zniesienie czucia bólu rozprzestrzenia się ku górze po granice twarzy, a w dół ku pępkowi i odpowiednio rozszerza się we wszystkich kierunkach pas znieczulenia na dolnych kończynach. W niektórych przypadkach obszar zaburzeń utrzymuje się stale aż do napadu z małymi wahaniami granic. Po napadzie zaburzenia te najczęściej znikają, mogą jednak także zniknąć niezależnie od napadu np. po wypróżnieniu. Obszar n. łokciowego bywa ośrodkiem najstalszym tych zaburzeń, może tem się tłumaczy spostrzegana przez *Biernackiego* bezwrażliwość pnia n. łokciowego u epileptyków. Nakreślone zaburzenia czucia są niezależne od zmian psychicznych, zdarzają się częściej w późniejszych okresach choroby niż z początku. Cytowani autorzy przypisują im nawet znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze w przypadkach wątpliwych. W miarę trwania choroby zwiastuny mogą zmienić swój charakter, np. na miejsce objawów trzewiowych pojawiają się naczynioruchowe, z drugiej strony z czasem natężenie ich słabnie i maleje czas trwania.

Z objawów zwiastunowych wymagają szczególnego omówienia t. zw. wstrząsy *myokloniczne*. Zajmował się nimi w epilepsji jeszcze *Boerhaeve*, *Tissot* opisywał je jako „petites secousses", *„epilepsia minor"*, wśród Niemców opisywał je *Stein*, największe znaczenie przypisywał im *Russel Reynolds*, a w ostatnich czasach *Muskens*. Dominującym i pierwotnym objawem są one w myoclonii epileptycznej, w jej postaci postępującej, rodzinnej, *Unverichta-Lundborga*, i sporadycznej, *Rabota*. Jako szczegół drugorzędny co do znaczenia i częstości zdarzają się takie same myoklonie we wszystkich postaciach

padaczki, zwłaszcza jednak w p. samoistnej. Według *Russel-Reynoldsa* jest to objaw bardzo częsty, bo dający się wykazać w 74%, o ile się bada przypadki niezastarzałe (*Muskens*). Drgawki myokloniczne mogą być ograniczone i nie prowadzić do przemieszczenia członków, lub rozległe z wynikiem lokomocyjnym. Wtedy dają one nagły ruch tułowia i głowy w przód, rzadziej w tył, ramiona podają się naprzód, palce się zawierają, nogi uginają się w kolanach. Rzadziej zdarza się ruch tylko jednej kończyny. Ruchom tym nie towarzyszy nigdy ból. Z początku zdarzają się podczas zasypiania, później wśród snu, najbardziej charakterystyczne dla epileptyków są jednak myoklonie poranne, które zjawiają się tuż po zbudzeniu, albo dopiero gdy chory usiądzie w łóżku, nieraz dopiero podczas ubierania. Wtedy zdarza się czasem, że nagły wstrząs obala chorego na ziemię. Wstrząsy mogą występować w serjach po 2 do 3, jeden po drugim. W razie serji chorzy doznają błyskawicznie krótkiego zamroczenia, którego niema przy poszczególnych napadach myoklonicznych. Jeśli po myoklonjach ma wystąpić napad, zjawia się on najczęściej jeszcze przed śniadaniem. Przyjęcie posiłku łagodzi myoklonie. Myoklonie są objawem bardzo rozpowszechnionym, zwłaszcza u zwierząt, dzieci i u ludzi pierwotnych, a u ludzi nerwowych w postaci znanych wstrząsów, połączonych z przestrachem, po których na chwilę rozbudziwszy się zwykle odrazu zapadają znowu w sen. U nerwowych ludzi zdarzają się te wstrząsy tylko we śnie, u epileptyków także po śnie, nawet poobiednim, zwłaszcza, gdy się poprzednio zmęczyli. Doniosłość objawu myoklonicznego przypada na okres poprzedzający rozwój choroby i na przerwy międzynapadowe. Myoklonie wyprzedzają mianowicie na całe lata wystąpienie pierwszych napadów. W okresie międzynapadowym pojawienie się ich rozpoczyna u niektórych chorych okres przygotowawczy. W miarę jego trwania zjawiają się myoklonie coraz częściej, czasem w serjach, aż na szczycie ich rozwoju dochodzi do napadu, który następnie uwalnia chorych na pewien czas od myoklonij. Ten sam cykl rozwojowy obserwuje *M.* u zwierząt zatruwanych w przewlekły sposób małemi dawkami kamfory bromowej. Ponadto u tych zwierząt spostrzega się sensokloniczną reakcję pod wpływem bodźców, zwłaszcza słuchowych, podobnie jak w myoklonus-epilepsji. U zwykłych epileptyków tej reakcji niema, co najwyżej u niektórych w razie nagłego rozbudzenia, co wtedy sprowadza zwykle od razu napad. Serje bardzo zgęszczonych myoklonij z upadkiem i zamroczeniem błyskawicznem mogą sprawiać wrażenie dużego napadu epileptycznego. Z drugiej strony z powodu nagłego upadku bez utraty przytomności mogą być myoklonie

utożsamiane mylnie z padaczką posturalną *R. Hunta.* Myoklonie epileptyków zasługują na żywsze zainteresowanie choćby ze względu na ich rolę w powstawaniu choroby u zwierząt z doświadczalną, toxyczną, padaczką. Nie ulega jednak wątpliwości, że przenoszenie znaczenia tego objawu ze zwierzęcej padaczki na ludzką musi napotykać na trudności, między innymi dlatego, że nie można się z tem pogodzić, by objaw ten tak często miał występować u epileptyków. Pomimo, że od kilkunastu lat interesuję się myokloniami epileptyków, tylko w bardzo małej grupie przypadków mogłem stwierdzić donioślejszą rolę tego objawu w całości obrazu chorobowego. U tych chorych jednak myoklonie wiążą się z okresem poprzedzającym w sposób wprost uderzający. Wstrząsy jawią się u nich w klasyczny sposób rano, z każdym dniem częściej, i w pewnym dniu, gdy są szczególnie częste i burzliwe, doprowadzają do napadu, i wraz z nim wyczerpują się na pewien czas. Związek między myokloniami a napadem był szczególnie przekonywający w przypadkach, w których udawało się stłumić myoklonie dzięki temu, że chory w krytycznych dniach miał zalecone dłużej leżeć i przyjąć pierwszy posiłek, leżąc w łóżku. Kiedyindziej podanie 1,0 do 2,0 gr. wodnika amylenu lub paraldehydu znosiło myoklonie niemal błyskawicznie i ratowało chorego od napadu. U kilku znanych mi chorych tego typu, stan psychiczny nie cierpiał, wybitniejszego postępu choroby nie było, nie można też było wykazać odczynów senso-ani psychoklonicznych. Okoliczności te wyróżniały ich od epileptyków *Lundborga.* U jednego z chorych zdarzały się okresy myoklonij rannych bez napadu i myoklonie wieczorne na dłuższy czas przed udaniem się na spoczynek, u tego chorego uzyskaliśmy pewną poprawę padaczki dzięki luminalowi i odmie, środki zapobiegawcze skierowane wprost przeciw myokloniom były bez wpływu. Tylko u chorej pokazywanej przez *Stępienia* w Warsz. Towarzystwie Neurol. z typowem ustosunkowaniem się myoklonij do rzadkich zresztą napadów, istniały nadto odruchy sensokloniczne, występujące zwłaszcza przy zwykłem badaniu na odruchy ścięgniste dolnych kończyn, z rozprzestrzenianiem się sfery odruchorodnej i zakresu drgawkowego w miarę zbliżania się do napadu. Chorą tę należy jednak traktować jako wyjątkowy przypadek schorzenia rozgrywającego się na tle szczególnych zmian anatomicznych, stwierdzono bowiem u niej zapalenie jednego nerwu wzrokowego, a w miarę postępu choroby rozwijał się powoli proces schizoidalny.

Do objawów towarzyszących epilepsji, więc międzynapadowych, należą najrozmaitsze objawy nerwicowe. Znaczna część należy do za-

kresu wegetatywnego i znajdzie omówienie na właściwem miejscu. Tutaj chciałbym poświęcić kilka słów tylko *migrenie*. Większość badaczy uznaje ścisły związek migreny z padaczką, objawowy i patogenetyczny. Pośrednikami tego związku mogłyby być wspólne obu zaburzenia naczynioruchowe, dokrewne, likworowe i autotoksyczne. Prawdą jest, że wielu epileptyków cierpi na migreny i bardzo jest prawdopodobne, że z zaburzeń pokrewnej natury wywodzą swe pochodzenie oba schorzenia. Przeważnie jednak bóle głowy epileptyków nie mają charakteru migren. Jeśli zaś odwrócimy kwestję i zapytamy, jak często w migrenie zdarza się padaczka, musimy przecież przyznać, że na olbrzymie rzesze migrenowców mały tylko odsetek cierpi na epilepsję. Tak samo zaburzenia przemiany materji, naczynioruchowe i dokrewne, jeśli nie identyczne, to zbliżone, towarzyszą i bodaj doprowadzają do przeróżnych innych zaburzeń i schorzeń nerwicowych, których związku ścisłego z padaczką nikt poważniej nie przypuszcza. Sądzę tedy, że wyszczególnianie migreny, jako nerwicy ściślej związanej z padaczką od innych zaburzeń wegetatywnych, nie ma uzasadnienia. To samo stanowisko zajmuje *Sterling*, Na uwagę też zasługuje okoliczność, że na 27 przypadków migren nie otrzymał *St.* ani razu w doświadczeniu oddechowem odczynu padaczkowego.

Aura: Często 'ć jej podają autorzy na 30—70%. Zazwyczaj streszcza się ona w nieokreślonem uczuciu jakby tracenia świadomości, idącem od którejś z kończyn lub od dołka podsercowego i wstępującem do gardła lub karku. Aura może czerpać swą treść z podrażnień czuciowych lub któregokolwiek zmysłu. Najczęściej dołączają się też sensacje wegetatywne. Aura może być ruchowa, ogniskowa. Jeśli aura wiąże się z objawami należącemi już do właściwego napadu, więc z zajęciem świadomości lub z zawrotem głowy, staje się napadem niezupełnym, ułamkowym, w skład którego może nie wchodzić ani upadek ani składnik hyperkinetyczny. Mniej znane są ruchy automatyczne, z których może aura się składać: wybieganie naprzód, rozbieranie się, bezcelowe ruchy rąk—te same automatyzmy, które tak często spotykamy po napadach. Obok tego zdarzają się szczególne automatyzmy stanowiące aurę, a nieraz także całość dużego napadu, jako to ruchy prokursyjne, maneżowate i okręcanie się około osi długości ciała w jednym lub w drugim kierunku. Tu zaliczyłbym także ruchy zwijania się wprzód, na sposób rulonu papieru lub przegibania w tył. Tego rodzaju aury i początek ogólnych napadów obserwowałem w dwóch przypadkach pyknolepsji. U obu chorych w czasie aury zjawiał się oczopląs pionowy.

Rozwój choroby. U młodych zwłaszcza osobników zdarza się przed wystąpieniem pierwszego napadu dość często okres, miesiące i lata trwającego niedomagania funkcjonalnego, na którego pierwszy plan wybijają sie uporczywe zresztą niecharakterystyczne, bóle głowy. W tym okresie, jak już wspomniałem, mają się zdarzać według *Muskensa* częste myoklonie. Dopiero pierwszy duży napad wyjaśnia wtedy tło poprzednich dolegliwości. W dalszym przebiegu zjawiają się obok dużych napadów małe, wreszcie napady poronne, z bladością, utratą przytomności, rzadziej z pianą na ustach i z upadkiem, z krótkiem stadjum ponapadowego zamroczenia i ruchów automatycznych. Wyładowania ruchowe towarzyszące tym napadom są nader nikłe, zupełny ich brak zdarza się atoli rzadko. Po dłuższem trwaniu choroby zmieniają się także duże napady, mianowicie objawy wstępne, sam napad i stan ponapadowy stają się znacznie krótsze. Wyjątek stanowią złośliwe przypadki, w których właśnie objawy psychiczne nasilają się z czasem. Zrazu mogą napady występować tylko w pewnych określonych porach, więc tylko w nocy lub po zbudzeniu się, albo w czasie zasypiania, albo rano podczas ubierania się, później czas występowania napadów staje się rozmaity. Naogół w dobrotliwych przypadkach napady trzymają się stale pory nocnej. Z czasem ustrój przyzwyczaja się do napadów i otrząsa się rychło z zamroczenia ponapadowego. W przypadkach, w których uda się uzyskać długą przerwę międzynapadową, zdarza się często, że napad, który ma po niej nastąpić, poprzedza dłuższe stadjum wyraźnych objawów przygotowawczych. W okresach częstych napadów stadyum przygotowaczego niema lub jest krótkie i bez wyrazistych cech.

Z obrazem klinicznym padaczki wiąże się ściśle jej symptomatologja wegetatywna. Wkraczamy tutaj zarazem w dziedzinę zaburzeń przemiany materji i dokrewnych, których znajomość może rzucać światło na etjologję choroby i na patogenezę jej głównego objawu, mianowicie samego napadu.

W symptomatologji padaczki objawy *wegetatywne* odgrywają dużą rolę. Napad ma swój odrębny zespół wegetatywny. Oddzielnie należy rozpatrywać objawy wegetatywne między — i przednapadowe. Do zespołu wegetatywnego napadu epileptycznego należą przeważnie objawy wskazujące na stan sympatykotonji, więc rozszerzenie źrenic, objawy naczynio-kurczowe poprzedzające rozszerzenie naczyń i zastój żylny, obok mimowolnego oddania moczu, ślinienia, pocenia się, obok wreszcie wahań ciśnienia krwi i nagłego wstrząsu procesów przemiany materji. Objawy te są ośrodkowego pochodze-

nia, przebiegając równolegle do wyładowań kurczowych, w miarę tego jak pobudzenie rozprzestrzenia się z ośrodków ruchowych kory i podkorowych na jądra wegetatywne podstawy mózgu.

O wiele większe znaczenie dla patogenezy choroby mogą mieć zespoły wegetatywne uwidaczniające się między napadami, a zwłaszcza na pewien czas przed nimi. Epilepsja należy do dużej grupy schorzeń napiętnowanych, wedle wyrażenia *Bergmanna*, chwiejnością życia wegetatywnego, tak samo jak neurastenja, psychastenia, migrena, nerwice naczynioruchowe, psychozy okresowe, a z chorób organicznych, wiąd rdzenia. Czy wogóle epilepsja różni się natężeniem i jakością objawów wegetatywnych od wszystkich wymienionych chorób, na to pytanie, nie pozwala odpowiedzieć szczupłość wiadomości dotychczasowych w tym zakresie. To jedno można powiedzieć z pewnością, że epileptyk nie przedstawia szczególnego typu wegetatywnego, oraz, że chwiejność wegetatywna padaczkowców może mieć znaczenie co najwyżej, tylko ważnego szczegółu w usposobieniu chorobowem. Z określenia chwiejności wegetatywnej epileptyków wynika wreszcie, że poszczególne, zresztą stałe, objawy wegetatywne mogą wśród pewnych okoliczności nie wyprzedzać u tego samego osobnika manifestacyj padaczkowych. Różnie można się zapatrywać na ich źródło. Najczęściej autorzy odnoszą objawy wegetatywne międzynapadowe epileptyków do podłoża konstytucyjnego, widząc w nich pewien typ odczynowy ze strony ustroju, jako całości składającej się z narządu nerwowego wegetatywnego, z gruczołów dokrewnych i z narządów wykonawczych. W myśl poglądów *Fr. Krausa* nieraz dopiero stan tych narządów wykonawczych rozstrzyga o ostatecznym wyniku odczynów wegetatywnych. Z drugiej jednak strony wydaje mi się niesłuszne odrzucanie wszelkiego wpływu organicznych zmian mózgowych na całość zgrania narządów wegetatywnych i przyznawanie tym ostatnim tak daleko idącej autonomji. Jest wprost trudno wyobrazić sobie, by zmiany anatomiczne w ośrodkach animalnych, u większej części epileptyków niewątpliwe, nie wywoływały w pewnych przypadkach mniej lub więcej trwałych zaburzeń czynności naczelnych ośrodków życia wegetatywnego.

Do częstych objawów międzynapadowych należą u epileptyków naczynioruchowe, łatwość krótkich spięć unerwienia naczyniowego towarzyszących afektom i powikłania przez różne, określone, nerwice naczynioruchowe. Tutaj należą cierpnienia napadowe już to całych kończyn, już to tylko ich końcówek, napady vasovagalne *Gowersa* i skurcze naczyń siatkówki. Wyjątkowo może się zdarzyć skurcz tętnicy środ-

kowej siatkówki z trwałemi następstwami częściowej lub zupełnej ślepoty, co obserwowałem w jednym przypadku; obraz wziernikowy odpowiadał „zaczopowaniu" jednej gałązki tętnicy. Wśród objawów wegetatywnych mają te wadliwości unerwienia naczyń doniosłe znaczenie praktyczne, jako zespół ostrzegawczy, pojawienie się ich wyprzedza bowiem często napady na pewien czas, oraz teoretyczne dlatego, że, między innymi, na nie powołuje się teorja naczynioruchowa napadu epileptycznego. I nie zaszkodzi tu wtrącić, że, podobnie jak inne objawy wegetatywne, jak ich całość nawet, tak również objawy naczynioruchowe, wszystkiego w patogenezie padaczki nie mogą stanowić. To też mogą one w burzliwy sposób nagabywać chorego, a jednak napad może po nich nie nastąpić. Bywa też czasem, że mózg epileptyka ulega nagłemu zanemizowaniu przez skurcz naczyniowy, a jednak napad się nie pojawia (*Jakobi*, własne spostrzeżenia nagłego spadku ciśnienia płynu m.-rdz. do zera podczas odmy).

Bardzo często skarżą się chorzy na rozliczne objawy żołądkowo-kiszkowe. Są one nieraz tak uporczywe, że chorzy zgłaszają się do lekarza nie z powodu napadów, a tych właśnie dolegliwości. Zasługuje wśród nich na uwagę przednapadowe, bardzo uporczywe, zaparcie stolca, najczęściej prawdopodobnie natury skurczowej, na które jednak i duże dawki atropiny czasem nie pomagają (*Orzechowski i Meisels. Frisch).*

Od kliniki objawów wegetatywnych w epilepsji przechodzę do badań farmakologicznych nad narządami wegetatywnymi. *Orzechowski i Meisels* (1913) stosowali w swoich badaniach wszystkie główne jady wegetatywne, *Popea, Eustatziu i Holban* (1925) posługiwali się atropiną według metody Danielopolu, *Frisch* przeprowadzał badania serjalne używając jako testu adrenaliny według metody Csépaia. Badania *Orzechowskiego i Meiselsa* pochodzą z owego czasu, gdy mniemano, że znane środki farmakologiczne działają wyłącznie na jeden z narządów wegetatywnych i że, jako jady ściśle wybiórcze, określają stan napięcia jednego z nich, taki lub inny, a tem samem stan napięcia wręcz antagonistyczny drugiego układu. Autorowie ci doszli do wniosku, że większość epileptyków zachowuje się w sposób wagotoniczny. Ta wagotonia występuje z czasem, narastając w miarę trwania choroby, przebiega przeto prawdopodobnie równolegle do utrwalania się zmian anatomicznych w narządzie ośrodkowym. Wyniki metody Danielopolu okazały się identyczne, jednak w stanie porażenia n. błędnego przez atropinę chorzy dostawali napadów.

Przeczyło to oczywiście, by wagotonia epileptyków miała istotne znaczenie w patogenezie samych napadów. Wbrew tym wynikom stwierdza *Frisch* stosując najbardziej nowoczesną metodę Csépaia wybitną wrażliwość systemu naczyniowego na adrenalinę, wahania progu pobudliwości, wogóle wrażliwość naczynioruchową na bodźce nawet nieswoiste (samo wbicie igły!), osiągającą szczytowe nasilenie przed napadami, zmienną w przerwach. Zmienność ciśnienia krwi w tym okresie stwierdziły już dawniejsze badania *Besta, Mayera i Brühla.* Atoli ani wyniki metody Csépaia, ani metody Danielopolu nie obrazują stanu napięcia w całym układzie wegetatywnym, a tylko w jednym jego fragmencie, w odcinku naczyniowo-sercowym. O ileby próbować pogodzić ze sobą wyniki, może tylko pozornie sprzeczne, przytoczonych tu badań, możnaby mówić, że pobudliwość obu układów, sympatycznego i parasympatycznego, jest na ogół u epileptyków wzmożona, podlegając co do stopnia wahaniom, przyczem w unerwieniu serca przeważa napięcie parasympatyczne, a sympatyczne w unerwieniu naczyń. Byłoby to w zgodzie z obserwacjami zaczerpniętemi z innych dziedzin. *Frisch* dochodzi jednak do innego wniosku, mianowicie, że o przewadze ani jednego ani drugiego układu niema mowy, że na ogół stwierdza się u epileptyków prawidłowe odczyny farmakologiczne. Jedynym nieprawidłowym objawem w tej dziedzinie są bardzo duże wahania odczynów, uwidaczniające się zwłaszcza podczas badań serjalnych nad oddziaływaniem na adrenalinę. Wahania tak rozległe, według *Frischa*, u ludzi normalnych się nie zdarzają.

Ze sferą wegatywną wiążą się ściśle *zaburzenia przemiany materji* u epileptyków. O ile chodzi o ekonomję wody w ustroju, najczęściej zdarza się jej zatrzymanie w dniach poprzedzających napad, z którem idzie w parze zatrzymanie chlorków, i przybytek na wadze, przekraczający czasem nawet 2 kg, w ciągu doby. Ponieważ próba wodna stwierdza według *Frischa* u epileptyków w przerwach między napadami zwykle dobrą czynność nerek, przyczyny zatrzymywania wody należy szukać według niego w tkankach. O wiele rzadziej zdarza się wprost przeciwne zachowanie: w okresie międzynapadowym ustrój chłonie wodę i sól kuchenną, tuż przed napadami zaczyna się diureza i utrata chlorków, po napadach zaś nastaje oligurja. Wreszcie zdarzają się przypadki rozbieżności wydalania wody i chlorków: wydzielanie dużej ilości moczu o ciężarze właściwym prawidłowym, z bardzo małą ilością chlorków. Byłby to przykład „suchego" wiązania się chlorku sodu z tkankami *(retention sêche).* W pierwszej grupie chorych, czasem także w innych, stwierdza

się zazwyczaj hypochloremję, częściej jednak duże wahania ilości chlorków we krwi, co wskazywałoby na żywe procesy wymiany chlorków między krwią a tkankami.

Przechodzę do omówienia *przemiany mineralnej*, niezmiernie ważnej z tego powodu, że każdorazowa konstelacja elektrolitów w ustroju rozstrzyga o wyniku pobudzeń układu wegetatywnego. Wszak działanie w odpowiedniem stężeniu jonów wapnia, jest identyczne z podrażnieniem sympatycznem, a jonów potasu z podrażnieniem układu parasympatycznego. W braku elektrolitu, przestaje działać także jego antagonista, jeśli zaś wzajemny stosunek elektrolitów ulegnie przesunięciu na korzyść jednego z nich, może przy podrażnieniu nerwowem nastąpić odwrócenie działania np. podrażnienie n. błędnego, zamiast sympatycznego. I tak, w znanem doświadczeniu *Fr. Krausa* po podrażnieniu elektrycznem n. błędnego serca u zwierzęcia ciepłokrwistego, przez którego naczynia przepływał płyn odżywczy, bogaty w elektrolity wapniowe, następowało pobudzenie ruchów serca, zamiast porażenia. Tem się też tłumaczy, dlaczego po podrażnieniu nerwów wegetatywnych, co już dawno zauważyłem wspólnie z *Meiselsem*, wynik podrażnienia może być rozmaity ze strony różnych aparatów, zależnych od tego samego narządu nerwowego. Wtedy mianowicie bodziec zastaje w różnych okolicach ciała rozmaite miejscowe ustosunkowanie się elektrolitów i w związku z tem, u tego samego osobnika reakcja gruczołów ślinowych może być po pilokarpinie bardzo silna, a potowa słaba, lub odwrotnie. Konstelacja elektrolitów ma znaczenie w ekonomji wodnej, według większości autorów jony K wprowadzają wodę do komórki, Ca zaś wyprowadzają z niej wodę, z drugiej strony wpływa ona na stan równowagi zasadowo-kwasowej, K powoduje bowiem odszczepianie się jonów OH z elektrolitów koloidalnych, Ca jonów H. Pozornie więc leczenie wapnem byłoby równoznaczne z leczeniem zakwaszającem. W rzeczywistości jony H dostają się wówczas z komórki do środowiska okołokomórkowego, podnosząc jego kwasotę, w samej jednak komórce, a o tę przecież chodzi, po utracie jonów H przeważać będą jony OH, wapno więc wpływa na przesunięcie się stosunku zasadowo-kwasowego w samych komórkach w kierunku alkalizowania. Jak wiadomo, ustosunkowanie się elektrolitów w organizmie pozostaje w wybitnej zależności od wpływów hormonalnych, i na odwrót, działania wkrewne ulegają regulacji pod wpływem elektrolitów.

W większości przypadków padaczki stwierdzono duże wahania zawartości elektrolitów Ca we krwi, przekraczające czasem 100%.

Czasami znajdowano w przerwach wartości bardzo niskie, w krytycznym okresie natomiast wyższe od prawidłowych, u wielu wreszcie chorych stosunki normalne; przytem przyswajanie i wydzielanie Ca nie wykazuje odchyleń nieprawidłowych. Podobne wahania, nieidące jednak równolegle do zachowania się wapnia, wykazują jony K. Badań nad zachowaniem się Na dotąd nie przeprowadzano. W patogenezie epilepsji te wahania o tak znacznej rozpiętości, będące wyrazem równie burzliwych wahań przemiany materji tkankowej, mogłyby mieć duże znaczenie ze względu na to, że one stanowią o swoistości oddziaływania komórkowego, o wypadkowej podrażnień wegetatywno-nerwowych. Organem zaś, który w chorobie nas interesującej, podlega tym podrażnieniom jest komórka nerwowa ośrodkowa. *Względna* przewaga jonów Ca i Mg podwyższa próg jej pobudliwośei, obniża go natomiast *względna* przewaga jonów Na i K. Zachowanie się przemiany wapniowej u epileptyków może pociągać za sobą najrozmaitsze zmiany w zachowaniu się przemiany materji, ono może tłumaczyć przednapadowe przyspieszenie krzepnięcia krwi i objawy to pęcznienia, to odwadniania komórek. Podczas hyperwentylacji, w związku ze znaczną alkalozą, która wtedy występuje, znaleziono wzmożenie Ca we krwi tak u normalnych ludzi, jak i u padaczkowców.

Zaburzenia *w gospodarce kwasowo-zasadowej* polegają u epileptyków na przednapadowej hypokapnii, uwarunkowanej kwasami powstałymi z przemiany tkankowej. W związku z tym faktem pozostaje zapewnie t. zw. dysregulacja wartości dla NH_3. Zmian aktualnego odczynu krwi nie spostrzega się dzięki nietkniętej sprawności mechanizmów regulacyjnych.

Badań *przemiany gazowej* u epileptyków dokonywali *Kaufman, de Crinis i Frisch* zapomocą aparatów Krogha i Zuntza-Gepperta, wykazując nieznaną zresztą w patologji zmienność ilości zużycia O_2 z wahaniami w granicach 40%. Badając na specyficznie dynamiczne działanie białka otrzymał *de Crinis* w 60% przypadków liczby poniżej normalnych wartości. *De Crinis* stwierdzał ponadto przednapadowe zmniejszenie zużycia tlenu, z nierównolegle przebiegającą krzywą produkcji CO_2, więc wahania współczynnika oddechowego. Wedle *de Crinisa* procesy spalania u epileptyków przebiegają więc zgoła inaczej, niż u ludzi normalnych, bo współczynnik oddechowy pod wpływem pożywienia, i białkowego i węglowodanowego i tłuszczowego, nie waha się tak, jak to bywa w prawidłowych warunkach.

Badania *przemiany azotowej Kaufmana, Allersa, Rohdego i Ko-*

złowskiego stwierdziły jako charakterystyczne zaburzenie w okresie międzynapadowym niezdolność ustroju do utrzymywania się w równowadze azotowej i zaburzenie przemiany purynowej exogennej — zaś w okresie przednapadowym zatrzymanie azotu w postaci białka krążącego i zwiększenie w moczu ilości kwasów rozpuszczalnych w eterze, i może także kwasu moczowego. Większa zawartość białka w surowicy (prawidłowo 6,5%, u padaczkowców 7,95) dotyczy albumin, natomiast ilość globulin nie jest zwiększona. Ponieważ albuminy mają własność pęcznienia, łatwość retencji wodnej u epileptyków i zmniejszenie przednapadowe wydalania ciał azotowych znalazłyby wytłumaczenie w tem zwiększaniu się ilości albumin w surowicy podczas serji napadów i zwłaszcza przed napadami.

W związku z zaburzeniami przemiany materji pozostaje *toksyczność* ponapadowa *moczu* wykazana jeszcze przez *Boucharda*, a potwierdzona przez późniejsze badania *(Loewe, Pfeiffer i Albrecht)*.

Tolerancja względem *węglowodanów* bywa u epileptyków rozmaita. Tuż przed napadami występuje we krwi cukier w ilości zwiększonej, co przemawiałoby za osłabieniem wtedy tolerancji węglowodanowej. W parze z tem idzie często wzmożenie przednapadowe zawartości lecytyny i cholesteryny we krwi.

Dla zupełności obrazu dodam jeszcze, że zaburzeniu ulega również działanie *fermentów* krwi, mianowicie przed napadem podnosi się często działanie krwi antytryptyczne i antyproteolityczne.

Przytoczone tutaj wyniki badań przemiany materji bywały rozmaicie interpretowane przez autorów, którzy je przeprowadzali. Z bardziej nowoczesnych, teorja *Kaufmana*, przyjmującego jako pierwotne zaburzenia utleniania, mianowicie obniżenie procesów spalania, została podważona przez *Allersa*. Natomiast *Allers* z *Rohdem* przypisywali główne znaczenie niezdolności epileptyków utrzymywania się w stanie równowagi azotowej. Wyniki tych badań tłumaczy jednak *Wuth* nie zaburzeniem przemiany białkowej, a poprostu przemijającem zaburzeniem wydalania produktów przemiany materji. Według *Wutha* różne przednapadowe zaburzenia chemizmu, z których niemal każde było punktem wyjścia odpowiednich, daleko idących teoryj, są prawdopodobnie następstwem tylko zaburzeń naczynioruchowych ogólnych, dotyczących między innymi także nerek. Zaburzenia te powodują czasowe upośledzenie funkcji nerkowej wskutek tego, że i w nerkach zwężają się naczynia, które potem ulegają rozszerzeniu następowemu. Tem tłumaczy *Wuth* wahania ciężaru ciała przed i po napadzie, przednapadową oligurję, a po napadzie polyurję i białkomocz z wałeczkami, wreszcie zatrzymanie

ciał azotowych przed napadami. *Wuth* uważa ze swej strony jako jedyną istotną cechę stanu przednapadowego zaburzenie równowagi kwasowo-zasadowej—najczęściej w kierunku alkalozy—które jednak może czasem przedstawiać się jako kwasica (napady towarzyszące wadom serca, po uduszeniu i t. p.) i również doprowadzać do napadów epileptycznych.

Omówione powyżej zmiany składu chemicznego krwi i moczu są wyrazem stanu chemicznego tkanek. Chemizm tkankowy może być jednak o wiele silniej zaburzony, niż to się odzwierciedla we krwi, nad której prawidłowym składem — tak niezbędnym dla normalnego przebiegu funkcji życiowych — czuwają mechanizmy regulujące, przestrzegające prawideł isochemji, isotermji, isojonji i isotonji. Zaburzenia zaś śródtkankowe doprowadzają w ostatecznym wyniku działania do podrażnienia komórki nerwowej. Pod wpływem zmiany stężenia jonów w otoczeniu błony komórkowej, ulega ona zmianie stanu koloidalnego, staje się bardziej przepuszczalną, co stanowi o podrażnieniu ciała komórki. W samym zaś napadzie — tak sobie wyobrazić można — dokonywa się maxymalne rozluźnienie błony komórkowej, którego dalsze drażnienie już nie może spotęgować. Jest to zatem równoznaczne z czasowem wyleczeniem hyperkinezy napadowej. Nasze leczenie padaczki polega na tem, że porażamy komórkę otaczając jej błonę barjerą narkotyczną (luminal, brom), i że dążymy do zagęszczenia błony przez odciąganie z ustroju soli kuchennej i doprowadzając sole wapniowe.

Z nagromadzonych w litereturze badań chemizmu u epileptyków można wysnuć następujące wnioski. Rozliczni autorowie stwierdzają zgodnie istnienie zboczeń przemiany materji w epilepsji. Są one zbyt znaczne, by można im odmówić wszelkiego znaczenia. Żadna z tych anomalij nie jest atoli stałą cechą padaczki, nie można więc doszukiwać się w nich właściwej przyczyny choroby. Co najwyżej, wolno w nich dopatrywać się czynników wywierających wpływ na stan pubudliwości układu nerwowego. Według wielu autorów, w szczególności według *Frischa*, jedyną typową dla padaczki właściwością jest bardzo znaczna skala wahań w tych zaburzeniach, Atoli o ile mi wiadomo, dotąd nie przeprowadzono badań chemicznych, równie rozległych jak w epilepsji, w innych chorobach wikłających się zaburzeniami wegetatywnemi. Dlatego sądzę, że i ten pogląd *Frischa* możemy przyjąć do wiadomości tylko z zastrzeżeniami.

Ponieważ, rzecz prosta, przedstawione tutaj zaburzenia chemizmu nie mogą być pierwotne, humoralne, musimy zwrócić naszą uwagę

ku czynności w padaczce tych narządów, których wpływ na chemizm ustroju nie ulega wątpliwości, więc ku czynności *gruczołów dokrewnych.*

Materjał zebrany z tego punktu widzenia jest wcale pokaźny. Badania anatonomiczne *Claude'a i Schmiergelda*, którzy je zapoczątkowali, nie były naogół potwierdzone przez innych autorów *(Volland).* Atoli za nienormalną czynnością gruczołów dokrewnch nieraz dostatecznie przekonywająco przemawiają spostrzeżenia kliniczne. Jeśli tłem zaburzeń klinicznych będą zboczenia dokrewne tylko czynnościowe, wówczas i tak zmian anatomicznych w gruczołach nie możemy zawsze oczekiwać. W ostatnich czasach głos *Foerstera* skierował uwagę na zaburzenia przysadkowe, którym F. przypisuje dominujące znaczenie wśród zaburzeń dokrewnych u epileptyków. Opiera się on na spostrzeganej przez siebie i innych częstości przypadków padaczki w niedorozwoju przysadki, u eunuchoidów i w guzach przebiegających pod obrazem zwyrodnienia tłuszczowo - płciowego. W myśl tego przypuszczenia *Altenburger i F. Stern* badali płyn m.-rdz. na zawartość wydzieliny tylnego płata przysadki, którą określali ilościowo podług zachowania się macicy świnki morskiej, sposobem *Dixona i Trendelenburga.* W badaniach kontrolnych stwierdzili obecność hormonu tylnego płata w płynie m.-rdz. psów, kotów i ludzi, jako fakt niemal stały. Znalezione ciało było identyczne z wydzieliną tylnego płata przysadki, bo wykazywało takież reakcje chemiczne, tę samą odporność na działanie wyższych temperatur i pepsynę, a wrażliwość na zasady i trypsynę, wreszcie taką samą rozpuszczalność we wodzie, nierozpuszczalność w alkoholu i eterze. U 80 normalnych ludzi lub chorych, nie cierpiących na napady, w płynie m.-rdzeń. tylko u 9 nie było hormonu tylnego płata. Wśród 79 epileptyków rozmaitej kategorji, u 40 *Altenburger* i *Stern* nie znaleźli go w płynie lędźwiowym, w kilku przypadkach, w których badali także płyn komorowy, nie wykazali go i w tym płynie. Te bardzo ciekawe wyniki popierałyby poważnie zapatrywanie *Foerstera* o przysadce, jako o gruczole, którego wydzielina hamuje skłonność napadową.

Udział gruczołów przytarczycznych w patogenezie zaburzeń przemiany materji u padaczkowców udokumentowany jest przez następujące fakty: napady padaczkowe w przebiegu tężyczki po wycięciu przytarczyc i częste wikłanie się samoistnej tężyczki z padaczką (*Redlich, Curschman, Bolten,* własne spostrzeżenia z lwowskiej epidemji tężyczki). W doświadczeniach *Biedla* po wycięciu gruczołów przytarczycznych i kory ruchowej, pojawiały się w szczytowym

okresie rozwoju tężyczki napady epileptyczne, które znikały z jej poprawą. *Kreidl* zabezpieczał zwierzęta przed tężyczką zostawiając im jeden gruczołek; gdy potem wyciął korę ruchową, występowały napady epileptyczne. Co w analogicznych doświadczeniach *Claude-Lejonnea, Sauerbrucha i Eliasa* obrażeń kory ruchowej, dokonywały podrażnienia strychniną, kokainą lub kwasami, tutaj osiągało się po częściowem wyłączeniu funkcji gruczołów przytarczykowych. W związku z zaburzeniami przytarczycznemi należy przypomnieć usiłowania *Peritza* wyosobnienia spasmofilji dorosłych, mającej warunkować usposobienie do pewnych chorób, między innymi do epilepsji. Niemal wszyscy epileptolodzy podzielają stanowisko *Peritza*, uważając padaczkę jako jeden z przejawów spasmofilji. Na tem samem stanowisku stoi *Frisch*, stwierdzając, na 58 epileptyków, u 53 zasadnicze objawy zespołu spasmofilijnego *Peritza*, t. j. objaw Chvostka i wzmożenie pobudliwości anodowej. O ile chodzi o moje własne doświadczenie, muszę podkreślić wbrew tym wynikom, że, bacząc i na objawy *Peritza* i na tężyczkowe wogóle, w ciągu dwóch lat, i to w czasie trwania tężyczki epidemicznej we Lwowie, objawy te stwierdzałem u epileptyków rzadko.

Gruczoł przytarczykowy, w myśl nowych zapatrywań, może wytwarzać ciała działające różnie, nawet antagonistycznie, w stanach patologicznych, pozornie zbliżonych do siebie np. podczas nadczynności. Możliwość wpływu zaburzeń tarczycowych na padaczkę wydaje się ograniczoną, powikłania bowiem obrzękiem śluzakowym i zespołem Hertoghea z jednej strony, a chorobą Basedowa z drugiej, zdarzają się bardzo rzadko. Do objawów tyreotoxycznych możnaby odnieść poty, zaburzenia naczynioruchowe i spadki wagi, zaburzenia zaś przemiany białkowej i tłuszczowej mogłyby wskazywać na obniżenie funkcji gruczołu.

Natomiast należy podkreślić częstość stanu grasiczego u epileptyków ze względu na znaną jego doniosłość w konstelacji dokrewnej. Według ostatniego zestawienia *Vollanda* zdarza się on w 24% sekcjonowanych przypadków.

Trzustka: przypadki powikłania cukrzycy padaczką są rzadkie, obserwowano jednak czasem ścisłe ustosunkowanie się ciężkości objawów epileptycznych do natężenia objawów diabetycznych. Na tem miejscu należy przypomnieć napady insulinowe.

Związek przejawów czynności gruczołów płciowych z padaczką był wielokrotnie przedmiotem omówień. Zazwyczaj autorzy opowiadają się za tem, że niewątpliwie istnieje wpływ tak normalnej, jak zboczonej, czynności płciowej na objawy padaczkowe. Widzą go

w pojawianiu się pierwszych napadów podczas pierwszego miesiączkowania, podczas ciąż, w okresie przekwitania, w ścisłej u niektórych chorych zależności napadów od miesiączki, albo na odwrót w typie międzymiesiączkowym napadów. Z drugiej strony zaburzenia płciowe w epilepsji wyrażają się w zatrzymaniu się perjodów na długi czas w przebiegu choroby, we wczesnem ich ustawaniu, w klinicznych objawach hypoplazji płciowej, wreszcie w częstości powikłań eunuchoidyzmu z padaczką (*Sterling*, *R. Stern*, *Peritz*, *Neurath*). W przypadkach różnego rodzaju możnaby mówić jużto o ujemnym wpływie zboczeń czynnościowych gruczołów płciowych, jużto wiązać je z zaburzeniem wydzielniczem ciałka żółtego.

Nadnercze: Według *Fischera* zwierzęta pozbawione nadnerczy nie mogą ulegać kurczom. Zaburzenia przemiany materji epileptyków, objawy kliniczne napadu, objawy naczynioruchowe poprzedzające i rozpoczynające napad są takie, że można je tłumaczyć zwiększeniem zasobów wydzieliny nadnerczy w ustroju. Dotąd jednak zwiększonych ilości adrenaliny we krwi nikt nie wykazał.

Zbierając te wszystkie dane z endokrinologji, *Frisch i Foerster* przyjmują, że próg pobudliwości padaczkowej obniża: czynność nadnerczy, części wydzieliny tarczykowej, przetrwałej grasicy, ciałka żółtego i trzustki. Natomiast podnoszą próg pobudliwości napadowej: produkty wydzielnicze przytarczyc, grasicy dziecięcej, gruczołów płciowych, tylnego płata przysadki i pewne produkty wydzielane przez gruczoł tarczykowy i przez trzustkę.

Nie ulega więc wątpliwości, że gruczoły dokrewne odgrywają pewną rolę w patogenezie padaczki—prawdopodobnie nie tyle przez wpływ bezpośredni hormonów lub ich braku, jak przez produkty wadliwego chemizmu tkankowego i nienormalny skład krwi, powtóre drogą nieprawidłowych bodźców wegetatywno-nerwowych na trofikę tkanek, więc zapewne także mózgu i opon, i na unerwienie naczynioruchowe. Musimy jednak pamiętać, że bardzo nieliczne są ściślejsze dowody, przemawiające na korzyść zapatrywań wiążących choćby pośrednio, i to tylko samą skłonność do padaczki, z zaburzeniami dokrewnymi. W obecnym stanie wiedzy rozporządzającej testami tylko na niektóre hormony, te dowody są zresztą niemożliwe do zdobycia. Do najważniejszych należą wspomniane obserwacje *Altenburgera i Sterna*, które czekają na potwierdzenie, i powikłania tężyczki przez padaczkę, dotyczące tak drobnej grupy przypadków, że nie nadają się zupełnie do uogólnień zwłaszcza po tem, co powiedziałem o rzekomej częstości zespołu spasmofilijnego

u padaczkowców. Jeśli przyjmiemy w epilepsji, jako prawdopodobną, nadczynność trwałą lub epizodyczną określonych gruczołów dokrewnych obok obniżenia czynności reszty gruczołów, co łącznie ma prowadzić do obniżenia progu pobudliwości padaczkorodnej, to musimy i tutaj postawić sobie pytanie, czy analogiczne, a może nawet identyczne, stosunki hormonalne nie zachodzą również w różnych nerwicach i psychozach. Na razie brak nam podstaw, aby to pytanie rozwiązać. Wszelako doświadczenia kliniczne z różnych dziedzin neurologji i psychiatrji nie wyłączają tej możliwości.

Niewiadomo napewno, w jakim stosunku do omówionych tutaj nieprawidłowości chemizmu tkankowego i zaburzeń dokrewnych pozostają ciała stwierdzone farmakologicznie w surowicy epileptyków przez *Altenburgera i Gutmana.* Przed nimi już *O. B. Meyer* zwrócił uwagę na swoiste jakoby działanie surowicy epileptyków, które spostrzegał na pasemkach tętnic wolich utrzymanych sztucznie przy życiu. Skrawki tętnic zanurzone w surowicy chorych pozostawały bez ruchu, zanurzone natomiast w surowicy normalnej ulegały samoistnym skurczom. Doświadczenia *Georgyego i Mossnera* nie potwierdziły tych obserwacji. *Altenburger i Gutman* podjęli podobne badania używając jako testu wyosobnionej macicy świnki morskiej. Wyniki ich doświadczeń są rzeczywiście uderzające. Surowica niemal wszystkich nieepileptyków wywoływała rytmiczne skurcze macicy, których nie było wcale lub też były nieporównanie słabsze u 43 na 44 epileptyków badanych w okresie międzynapadowym. Okazuje się, że na wywołanie tych zjawisk mają wpływ dwa czynniki, jeden pobudzający, drugi hamujący rytmikę. Obydwa są w surowicy epileptyków, lecz drugi przeważa ilościowo. W napadzie stosunek ilościowy obu składników zmienia się na odwrotny, podobnie ma się rzecz podczas hyperwentylacji, nawet gdy nie doszło do napadu. Zachowanie się to surowicy epileptyków nie jest wynikiem napadów, jako takich. Autorzy uwarzają je za biologiczny przejaw skłonności epileptycznej. O pochodzeniu ciał, biorących udział w opisanym odczynie, nic ścisłego nie mogą powiedzieć; napewno nie mają one nic wspólnego z adrenaliną, tem mniej zaś z wydzieliną przysadki, prawdopodobnie są to jady wyzwalające się podczas krzepnięcia i rozpadu pierwocin tkankowych *(Freund)*.

Zamykam ten przegląd zaburzeń wegetatywno-chemiczno-dokrewnych stwierdzeniem, że w zaburzeniach tych nie możemy doszukiwać się istoty i powodu cierpienia. Zaburzenia te wynikają według większości badaczy z konstytucji epileptyków. Padaczka

należy bowiem do grupy schorzeń napiętnowanych znamionami wadliwości wegetatywnych i dokrewnych, z których wywodzą się zaburzenia chemizmu ustrojowego i ich niezmierne wahania. Przyjmując z drugiej strony u większości epileptyków zmiany patologiczne mózgowia, nie możemy wyłączyć ich wpływu na czynność wegetatywno-dokrewną *(Orzechowski i Meisels)*, jako to czynią wszyscy autorowie, którzy temi zagadnieniami się zajmowali. Wszak według doświadczeń *Molitora i Picka*, kora mózgowa wywiera wprost i pośrednio wpływ na czynność ośrodków wegetatywnych w śródmóżdżu. Należy więc liczyć się z tem, że część zmian wegetatywnych może zależeć od wadliwej czynności chorej animalnej części mózgowia, że są więc one wtórnego pochodzenia. W zgodzie z tem zapatrywaniem pozostawałoby spostrzeżenie zrobione wspólnie z *Meiselsem*, że dolegliwości wegetatywne i nieprawidłowe oddziaływanie na jady wytwarzają się u wielu epileptyków dopiero w miarę trwania choroby.

Według *Foerstera* napad epileptyczny jest złożonym zespołem, stanowiącym szczególny odczyn ustroju na podrażnienie, nie zaś kompleksem objawów rozhamowania, co dotąd przyjmują niektórzy, wśród Francuzów np. *Hartenberg*. Za tem przemawia łatwość wywołania napadu właśnie przez bodźce drażniące np. przez prąd faradyczny, oraz szybkość, z jaką potem napad występuje i przebiega. Na powstanie napadu składają się bodźce drażniące, wywoławcze, pogotowie kurczowe, wyrażające sią w niskich wartościach progu pobudliwości napadowej i prawdopodobnie skurcz naczyń mózgu. *Bodźcami epileptorodnemi* mogą być najrozmaitsze, właściwie wszelkie procesy patologiczne mózgowia, zatrucia, zewnątrzustrojowe i wewnątrzpochodne, oraz zaburzenia krążenia. W epilepsji samoistnej bodźce te są również natury czysto anatomicznej. W przypadkach, pod względem anatomicznym pozornie ujemnych, stwierdza się klinicznie zbyt często ogniskowy początek napadu, a podczas operacji za często zmiany w postaci arachnitis sero-fibrosa, lub cystica. Zmiany miejscowe, stwierdzane podczas zabiegów chirurgicznych, odpowiadają nieraz tylko miejscowemu zastojowi płynu m.-rdz. Są one wtedy tego rodzaju, że na sekcjach mogą się zgoła nie zaznaczyć, ani też nie wyrażać zupełnie w obrazie histologicznym opon. Ponieważ zaś wszystkie niemal procesy patologiczne mózgowia wikłają się wprost lub pośrednio ze zmianami w oponach, można bez obawy o zbyt wielką przesadę postawić tezę, że k a r d y n a l n y m s k ł a d n i k i e m b o d ź c a n a p a d o-

twórczego są prawdopodobnie najczęściej zaburzenia krążenia płynu mózgordzeniowego ogólne lub miejscowe, dotyczące powierzczownych obszarów opon lub przestrzeni Virchowa-Robina ukrytych w miąższu. W pewnych okolicznościach utkanie zmian chorobowych, np. wrodzonych anomalji lub pozostałości bliznowatych, może być tego rodzaju, że ani krążenie płynu m.-rdz. na powierzchni mózgowia nie ulega zmianie, ani nie cierpi jego wnikanie w przestwory okołonaczyniowe w głąb mózgowia i prawidłowe wypływanie żyłami. Mielibyśmy w tem wytłumaczenie, dlaczego nie wszystkie procesy anatomiczne mózgu muszą powodować padaczkę, oraz że zmiany na powierzchni mózgu (*encephalitis corticalis, meningo-encephalitis)* sprowadzają ją częściej, niż sprawy toczące się w głębi miąższu (np. w *encephalitis epidemica*). Tak samo raczej narażają na padaczkę schorzenia wypukłości mózgowia, której przestwory pajęczynówkowe są wąskie i łatwiej mogą uledz zacieśnieniu, niż procesy na podstawie mózgu, gdzie są duże, przestronne zbiorniki.

Opierając się na tem, co poprzednio powiedziałem, sądzę, że w przypadkach padaczki t. zw. samoistnej t. j. padaczki bez uchwytnej zmiany patologicznej musi istnieć zmiana patologiczna mózgowia. Mogłaby to być tego rodzaju zmiana, która w pewnej okolicy mózgu powoduje zastój płynu krążącego w przestrzeniach podpajęczynówkowych. Tylko w niektórych przypadkach zastój ten wyraża się obrzękiem pajęczynówki i zmianą zabarwienia płynnej zawartości przestrzeni podpajęczynówkowej. Kiedyindziej zastój może się niczem nieuzewnętrzniać, ani in vivo, ani na preparacie. Do przestworów nieprawidłowego obszaru pajęczynówki wpływa wprawdzie płyn m.-rdz., lecz nie może należycie przepłynąć dalej z powodu np. zacieśnienia przestrzeni okólnych, albo pozostaje na miejscu z powodu utrudnienia resorbcji w przestrzeniach Virchowa-Robina. Zmiany anatomiczne—w tej kategorji przypadków konstytucjonalne—polegałyby więc na wadliwej budowie i rozmieszczeniu ścianek odgradzających przestrzenie pajęczynówkowe i na anatomicznych anomaljach tętniczek i żyłek; w ich następstwie płyn m.-rdz. zbyt powoli jest wtłaczany w przestrzenie śródadwenticjalne i zbyt wolno przechodzi w danej okolicy mózgu przez barjerę krwio-mózgową. Przerost gleju na powierzchni kory i naokoło naczyń, który znajdujemy u starych epileptyków, możnaby uważać za wyraz wieloletnich usiłowań ze strony tkanki glejowej zwalczania utrudnień we wsysaniu płynu m.-rdz., za pomocą swego przerostu. Pomyślana w ten sposób hypotetyczna

zmiana mózgu miałaby analogje np. w zaburzeniach budowy podskórza u osobników z natury „nalanych", w przypadkach *trophoedema chronicum hereditarium Meigea*, w obrzękłych rękach i palcach niektórych hypoplastycznych młodych ludzi. Na wymienione zespoły skórne odżywczo-naczynioruchowe składa się utrudnienie krążenia i wsysania limfy, spowodowane wrodzonem zwężeniem dróg odpływowych śródtkankowych wskutek szczególnej budowy tkanki podskórnej, upośledzenie czynności resorbcyjnej komórek i włókien tkanki łącznej (tkanki siateczkowo-śródbłonkowej?) obok spowolnienia prądu krwi w mało elastycznych naczyniach krwionośnych. Wadliwość konstytucyjna mózgu w epilepsji samoistnej wyrażałaby się przeto w rodzaju *leptomeningopatji*, którą możnaby określić jako *trophoedema meningum et corticis circumscriptum, aut universale*. Treścią fizjologiczną tej anomalji anatomicznej, wrodzonej i często dziedzicznej, byłby zastój płynu w chorym obszarze oponowo-korowym (*liquorostasis*).

Ciecz utrzymująca się w przestrzeniach chorego obszaru, niezasilana dostatecznie i trwale świeżym płynem m.-rdz., nasyca się produktami rozpadu przenikającymi z żył, ulega przesunięciu równowagi zasadowo-kwasowej i podrażnia tkankę mózgową. Sumowanie się podrażnień stąd płynących, do których przybywają przygodnie lub stale drażniące bodźce humoralne, wynikające z wegetatywnych anomalji u epileptyków, doprowadza z czasem do napadu. Innym czynnikiem decydującym o samej chwili napadu może być nagromadzenie się w cieczy zastojowej większej ilości ciał wynikłych z wadliwej przemiany tkanki mózgowej, które, działając miejscowo na naczynia, wywołują w obszarze nienormalnym mózgu przednapadowy skurcz naczyń.

Drugim warunkiem powstawania napadów u chorych jest wzmożona pobudliwość ruchowa ich mózgowia, którą *Nothnagel* określał jako „zmianę epileptyczną", inni np. *Joffroy*, jako *aptitude convulsive*, pojmując ją jako cechę charakterystyczną narządu ośrodkowego epileptyków, im tylko właściwą. W ostatnich latach ugruntowały się określenia *reakcji epileptycznej (Redlich)*, *tolerancji drgawkowej (Frisch) i pogotowia kurczowego (Förster)*, jako właściwości wspólnej wszystkim wyższym ustrojom nerwowym. Właściwość ta mózgowia ludzkiego ulega wahaniom co do natężenia, zależnie od wieku, płci, okresu życia płciowego, nawet zależnie od pory roku i dnia, stanu wypełnienia żołądka i t. p. Epileptycy tem się tylko różnią, że oddziaływanie padaczkowe ujawnia się u nich z powodu obniżenia pobudliwości napadorodnej o wiele łatwiej.

Wzmożona odczynowość padaczkowa znajduje swój wyraz doświadczalny w łatwości wywołania napadu u epileptyków przez drażnienie kory prądem faradycznym w jakiemkolwiek miejscu. Czasami wykazać ją można zapomocą hyperwentylacji. Jak to już poprzednio omawialiśmy, próg pobudliwości padaczkowej pozostaje prawdopodobnie pod wpływem najrozmaitszych czynników, hormonalnych i wegetatywnych. *Najważniejszym jednak czynnikiem wpływającym na próg pobudliwości jest zmiana anatomiczna mózgu, która, w zależnośói od czasowego natężenia miejscowych zaburzeń krążenia płynu mózgo-rdzeniowego, jest bodźcem drażniącym o zmiennem nasileniu.* Zwiększenie pobudliwości mózgowia nie idzie w parze z zaburzeniami pobudliwości nerwów obwodowych na prąd galwaniczny. Według *Förstera* zmienia się ona niesłychanie, niemal z chwili na chwilę; bezpośrednio przed napadem lub w jego początku próg pobudliwości nagle się obniża, po napadzie zaś znacznie się podnosi.

Żadna teorja patogenezy padaczki nie może ominąć *czynnika naczynioruchowego.* Zaburzenia naczynioruchowe przewijają się jak nić czerwona przez symptomatologję padaczki, przez jej kazuistykę chirurgiczną, doświadczalną, one wreszcie znajdują oddźwięk w naszych usiłowaniach leczniczych. Czasami podczas operacji uderza bladość tej części mózgu, która jest miejscem wyjścia podrażnienia napadowego. Bezpośrednio przed napadem doświadczalnym bez względu na to w jaki sposób go wywołano, a tak samo przed samoistnym, pojawia się skurcz naczyń, mózg maleje, staje się blady *(Sargent, Cushing, Leriche, Förster),* a równocześnie opada nagle ciśnienie płynu *(Tyczka).* Dopiero potem, i to czasem już w początku napadu, powstaje nader silne przekrwienie żylne, z zasinieniem, i olbrzymie powiększenie mózgu, czemu odpowiada znaczne podwyższenie ciśnienia płynu m.-rdz. (*Tyczka*). Z drugiej strony, środki rozszerzające naczynia mózgowe użyte przed napadem, jak nitrogliceryna, amylium nitrosum, hypofizyna, kofeina, a według *Förstera* także gynergen, często zapobiegają napadowi, przeciwnie zaś szkodzą czynniki, wywołujące skurcz naczyniowy, jak nikotyna, zimne kąpiele, zwłaszcza nóg, i wzruszenia. Jeśli objawy skurczu naczyń mózgu nie zawsze udaje się wykazać, może to mieć swe źródło w tem, że nie zawsze muszą skurczowi ulegać większe obszary mózgu, że zwężenie może przechodzić po kolei różne terytorja. Równocześnie mogą w ten sposób pewne miejsca podlegać skurczowi naczyń, gdy w innych obszarach naczynia będą już rozszerzone

nad miarę. W rezultacie nie zauważy się ani wybitniejszego zmniejszenia mózgu, ani spadku ciśnienia płynu, w zakresie zaś widocznym przez otwór trepanacyjny może właśnie skurczu naczyń nie być. Zasługuje też na uwagę okoliczność, że właśnie sprawy patologiczne prowadzące do niedokrwienia wywołują często napady drgawek, więc zatory z powodu wad zastawkowych, zatory powietrzne i tłuszczowe, Tak samo nagła anemja mózgu, wywołana przez ucisk tętnic szyjnych i kręgowych, doprowadza u zwierząt prawie niezawodnie do napadu. Konieczne jest jednak przytem utrzymanie krążenia w pewnym słabym stopniu. Również skrwawienia, o ile wystąpiły zbyt nagle i nie są zbyt znaczne, mogą wyzwolić napady drgawkowe. Prawdopodobnie też nie co innego, a częściowa niedokrwistość mózgu jest powodem napadów występujących podczas przywracania powieszonych do życia, topielców i zasypanych lub innym sposobem uduszonych. Ponieważ skurcz naczyniowy nie zawsze jest odrazu ogólny, lecz rozprzestrzenia się z jednej gałęzi tego samego pnia tętniczego po kolei na inne, obejmując wreszcie bardzo duże terytorja, tem samem teorja naczyniowa może tłómaczyć wiele szczegółów napadu, jego kolejne rozprzestrzenianie się, późną nieraz utratę przytomności, nietypowość kolejności drgawek i wreszcie objawy porażne ponapadowe mogące wszak być następstwem przetrwałego skurczu naczyń. Teorja naczyniowo-skurczowa padaczki ma też bardzo poważne poparcie w ischemicznych zmianach histologicznych śródnapadowych (*Spielmeyer*). Stwardnienie rogu Amona, którego pochodzenie tak długi czas stanowiło zagadkę dla histopatologów, jest, jak się obecnie okazuje, następstwem stanów ischemicznych, które w różnych miejscach rogu Amona powtarzały się wielokrotnie podczas napadów za życia. Pozostaje więc tylko do rozstrzygnięcia problem pochodzenia tych napadów naczynio-skurczowych.

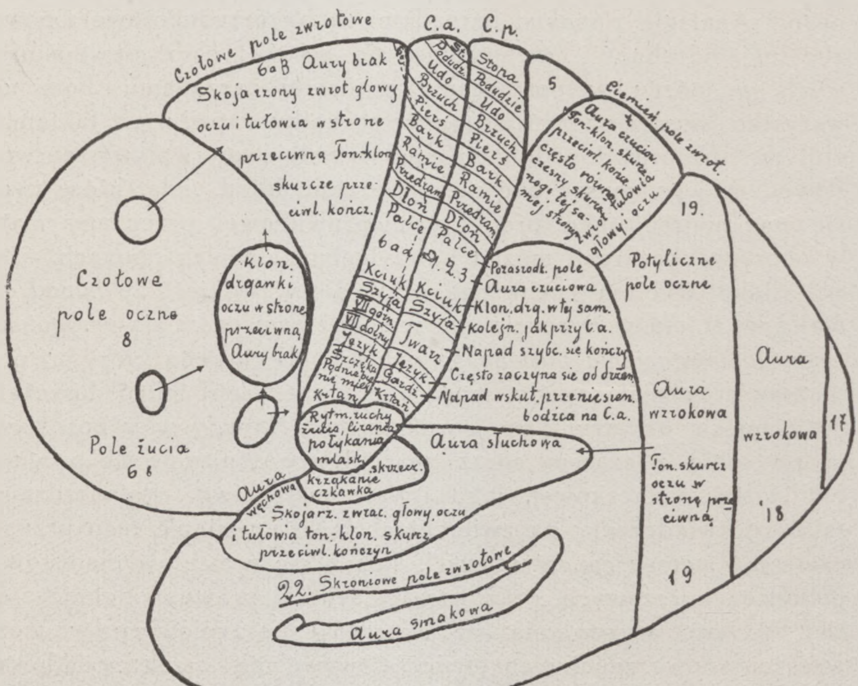
Teorja naczynioruchowa wychodzi z założenia anomalji inerwacyjnych, przenoszących się przez odpowiednie nerwy na naczynia mózgowe. Trzeba jednak zdać sobie sprawę, że ta teorja, którą, jak w epilepsji tak w wielu innych schorzeniach, w migrenie, w różnych napadowo występujących objawach mózgowych np. w niedowidzeniu połowiczem, w krwotoku mózgowym i t. p. tłumaczymy genezę tych stanów chorobowych, nie ma pewnego oparcia anatomicznego ani doświadczalnego. Dotąd bowiem nie wykazano nerwów naczynioruchowych dla mniejszych tętnic t, j. począwszy od tego miejsca, w którem, opuszczając opony, wchodzą w miąższ (*Stöhr*), i dotąd nie udało się otrzymać skurczu naczyń nawet na

powierzchni mózgu na drodze humoralnej, ani farmakologicznej, działając jadami wprost, ani też za pomocą drażnienia ośrodków naczynioruchowych lub n. sympatycznego. Środki więc farmakologiczne, nawet bezpośrednio stosowane, jak adrenalina, pituitryna i chlorek barowy, są bez wpływu na światło naczyń. (*Florey, Fleming i Naffziger*). Poza bezpośredniem drażnieniem termicznem, mechanicznem i elektrycznem, tylko spadek ciśnienia krwi doprowadza do ogólnego miejscowego skurczu naczyń (*Foix i Ley, Lhermitte*). Teorji naczyniowo-skurczowej padaczki nie można więc poprzeć żadnemi analogjami skurczu doświadczalnego naczyń mózgowych otrzymanego na drodze drażnienia nerwowego lub chemicznego. Analogje z innymi narządami są bezprzedmiotowe z powodu zupełnej odrębności zachowania się zjawisk naczyniowo-skurczowych w mózgu w porównaniu z innymi narządami. Pomimo to wszystko, skurcz naczyń mózgu w początku napadu jest faktem niezbitym. Najprawdopodobniej nie wywołują go wpływy nerwowe. Powodem jego muszą być nieznane nam dotąd ciała, które tworzą się na miejscu, jako produkty nieprawidłowej przemiany materji w chorych obszarach mózgu i przyległych do nich oponach.

Jako wybitną cechę padaczki należy podnieść że *napad czerpie swe źródło w napadzie poprzednim i sam przez się przygotowuje teren do wystąpienia następnego napadu*. U chorego, który już przed dłuższy czas miał napady, mogą one trwać nadal mimo doszczętnego usunięcia przyczyny np. guza mózgu. Napady więc pozostawiają po sobie z czasem coraz znaczniejsze obniżanie się progu pobudliwości padaczkowej, jako trwałe następstwo. Potwierdzają to także doświadczenia na zwierzętach. Na powstanie tego przyzwyczajenia, *„nałogu epileptycznego“*, składa się wyszlifowanie torów dla pobudzeń kurczowych, oraz wzmagająca się prawdopodobnie z czasem łatwość wyzwalania się skurczów naczyniowych w mózgu, wreszcie nowe zmiany anatomiczne wywołane przez wyładowania napadowe.

Miejscem wywiązania napadu padaczkowego, u zwierzęcia jak i u człowieka, może być każda część narządu ośrodkowego, więc nietylko kora mózgu, lecz także ośrodki podkorowe, móżdżek, a nawet rdzeń. Według nowych badań *Cobba* i *Uyematsu*, *Elsberga* i *Pikea*, mimo braku kory składnik kloniczny może być zachowany, jest on jednak wtedy słabiej wyrażony i drgawki są powolniejsze. Z doświadczeń *Spiegla* i *Falkiewicza* wynika, że napad rozprzestrzenia się z jednej półkuli na drugą po przez wszystkie istniejące połączenia spoidłowe. Dopiero po ich usunięciu przez cięcie w linji

środkowej, sięgające aż do połowy mostu, napad przestaje przechodzić na drugą stronę. Najczęściej napady epileptyczne powstają w korze mózgowej. Zależnie od okolicy ulegającej najpierw podrażnieniu, napady mogą mieć różną aurę i różny początek. Jako takie pola, których podrażnienie kształtuje w rozmaity sposób zapoczątkowanie napadu, rozróżnia *Förster*: przedni i tylny zawój środkowy, pola gałkowe, czołowe i potyliczne, pola zwrotowe, czołowe, ciemieniowe i skroniowe, i wreszcie pole dla ruchów rytmicznych żucia, połykania, mlaskania i różnych towarzyszących im fonacji, (zob. rycinę; cyfry oznaczają pola cytoarchitektoniczne). Przeważna



część przypadków samoistnej padaczki odpowiada typowi napadów wychodzacych z ogniska zwrotowego czołowego. U tych chorych napady zaczynają się skojarzonym zwrotem głowy, oczu i tułowia w jedną stronę, poczem ulegajom drganiom kończyny tej strony i wreszcie napad się uogólnia. U tych chorych napady zaczynają się skojarzonym zwrotem głowy, oczu i tułowia w jedną stronę, potem ulegają drganiom kończyny tej strony i wreszcie napad się uogólnia. U tych samych chorych kierunek zwrotu może być stą-

ły lub zmieniać się w poszczególnych napadach. Za mało mamy danych do nakreślenia napadów padaczkowych u człowieka, wywołanych przez podrażnienie ośrodków podkorowych. Prawdopodobnie są one przeważnie, choć nie wyłącznie, toniczne. Ogniska móżdżku usadowione w korze lub jego masie rdzeniastej, jeśli działają na obie półkule lub na robaka, mogą wywoływać napady toniczne z przegięciem kręgosłupa i głowy w tył.

W przebiegu napadu epileptycznego, który zazwyczaj zaczyna się podrażnieniem kory, z kolei ulegają stanowi podrażnienia wszystkie stacje ruchowe, nie wyłączając rdzeniowych, a równocześnie wyzwalają się zjawiskarozhamowania w postaci zniesienia odruchów, oddania moczu i stolca i t. p., parez napadowych i odruchów tonicznych szyjnych na kończyny i gałki oczne, (*Simons, de Jonkers, Stenwers*). Prawdopodobnie ten olbrzymi wybuch rozlicznych mechanizmów inerwacyjnych ma jakiś cel, bo po nim nastaje do czasu spokój i równowaga. Nie posiadamy jednak głębszego zrozumienia sposobu, w jaki przez nas napad dokonywa się wyrównanie wszystkich nieprawidłowości, które przed nim istniały. *Muskens*, który odnosi padaczkę do stanu samozatrucia ustroju, stara się to wytłumaczyć w następujący sposób. Pod wpływem autointoksykacji, podobnie jak u zwierzęcia zatruwanego bromkiem kamfory, wytwarzają się u przyszłego epileptyka żywe odruchy myokloniczne, które z czasem przekształcają się w ogólne napady padaczkowe. W doświadczeniu można ten cykl rozwoju rozmaicie modyfikować, i tak, można go skrócić, a nawet, zwiększając dawki jadu i zmieniając odpowiednio bodźce doprowadzić odrazu do napadów z ominięciem fazy myoklonicznej. Brak więc myoklonii w pewnych przypadkach padaczki ludzkiej nie obalałby faktu, że one są kamieniem węgielnym napadu epileptycznego, będącym w myśl poglądów Muskensa, ogólnym złożonym odczynem ruchowym, którego pierwotnemi składnikami są różne myoklonje. Ośrodki, z których wychodzą podrażnienia myokloniczne, a więc i padaczkowe, mieszczą się według *Muskensa* w istocie siateczkowej mostu i opuszki obu stron. Dlatego po obrażeniu obu stron czepca podrażnienie kory, mimo zachowania torów piramidowych, nie wywoływa już napadu epileptycznego. Po wyszlifowaniu torów, którymi dochodzą do skutku wyładowania epileptyczne, myoklonie schodzą na dalszy plan, zarówno u człowieka, jak i w doświadczeniach na zwierzętach. Napady małe i równoważniki padaczkowe są zjawiskami, które nic z myokloniami nie mają wspólnego. Pod wpływem jadów wewnątrzustrojowych naładowują się więc ośrodki napadorodne stanem podrażnienia, a wśród

tego mogą występować wspomniane właśnie objawy, zbyt jednak słabe, by odbarczyć ustrój i wyswobodzić go od jadów. Objawami wyładowania częściowego są myoklonie, zupełnego—pełne napady epileptyczne. Wśród jednych i drugich ustrój pozbawia się jadów, a komórki nerwowe wyswobodzają się na pewien czas z pod wpływu nieprawidłowych pobudzeń. Stąd dobre samopoczucie epileptyków po napadach.

Wytłumaczenia celowości napadu możemy jednak szukać gdzieindziej. Napad przebiega wśród niezmiernych wahań objętości mózgu. Naprzód mózg kurczy się, a w owej chwili powiększają się nadzwyczajnie przestrzenie pajęczynówkowe, w które wlewa się gwałtownym prądem płyn komorowy. Skurcz mózgu wytłacza go bowiem zupełnie z komór, które w jego chwili ulegają zupełnemu zacieśnieniu. W następnej fazie mózg wzdyma się do maksymalnych rozmiarów, a komory rozszerzają się. Równoczesne powiększenie objętości mózgu wytłacza do cna zawartość płynną z przepełnionych dopiero co przestrzeni pajęczynówkowych i Virchowa-Robina do rozszerzonych teraz mniej lub więcej komór. Gdy wreszcie przekrwienie mózgu powoli po napadzie ustaje, wraca z czasem normalne krążenie płynu komorowo-pajęczynówkowe. *Napad można więc porównać do* bardzo *krótkotrwałego, a potężnego, działania mechanizmu ssąco-tłoczącego, mającego na celu nagłe, radykalne przemieszanie treści przestrzeni pajęczynówkowych. Przepływ ten musi się odbić na obszarach zajętych zastojem, skąd było wyszło podrażnienie napadorodne. Z tych przestrzeni płyn zastojowy zostaje wypchnięty i zastąpiony prawidłowym.*

Na poparcie tego poglądu przytaczam zdumiewące nieraz poprawy epileptyków po odmie mózgowej. Działanie jej na *dłuższą metę* może chyba tylko polegać na tem, że powietrze opróżnia opony z zalegającego płynu i zastępuje go świeżym, oraz może na trwałem rozszerzeniu wadliwie zbudowanych przestrzeni podpajęczynówkowych. W pewnych przypadkach odma nie sprowadza tej ulgi. Są to przypadki, w których powietrze nie mogło chorych przestrzeni przeniknąć i nie zdołało „rozpulchnić“ opon.

Przedstawione powyżej działanie zmian objętości mózgu na przemieszczenie płynu m.-rdz. tłumaczyłoby ponapadową euforję epileptyków i okres przerwy, tak długo trwający, póki płyn m.-rdz. w chorym obszarze opon z powrotem nie ulegnie znaczniejszym zmianom chemicznym. W pewnych warunkach udaje się organizmowi przez napad trwale zmienić na korzyść warunki krążenia

w chorych oponach miękkich. Wtedy po jednym lub po szeregu napadów następuje wyleczenie. Często zdarza się jednak, że mechanizm napadowy zawodzi, jeśli rozpiętość wahań objętości mózgu była zbyt mała, gdy np. brakowało początkowego wydatnego skurczu mózgu. Wtedy nie powiodło się „urządzeniu" napadowemu ani wyssać treści zalegającej w momencie nagłego skurczu, ani przepchnąć jej podczas następnej fazy. Chory nie ma więc z takiego „nieudanego" napadu żadnej korzyści, pojawia się przeto serja napadów. Nieudanymi z punktu widzenia celowości i samowyleczenia bywają małe napady, pracujące z nakładem mniejszych środków. Gdy stosunki tkankowe w chorych przestrzeniach pajęczynówkowo-mózgowych są szczególnie niekorzystne, dynamika napadowa mija się z celem. Wtedy napady męczą tylko chorego i znaczą swe ślady dalszym rozwojem choroby ogólnej i objawów psychicznych. Wreszcie wyrodnieją same napady.

POGRANICZE PADACZKI

podał

DR. WŁADYSŁAW STERLING.

Do najbardziej trudnych zadań, któremi najeżony jest zawsze dotąd żywotny problemat padaczki, należy niewątpliwie sprawa odgraniczenia klinicznego t. zw. *padaczki samoistnej*. Pomimo olbrzymiego wzbogacenia wiadomości naszych o przejawach padaczki i jej najróżnorodniejszych równoważnikach, sprawa ta bynajmniej nie może być uważana za rozstrzygniętą. Co więcej, powiedzieć można, że niektóre kryterja, które dotąd uważane były za zwiastujące nieomylnie organiczno-ogniskowy charakter objawów padaczkowych — a więc zasadniczo obce padaczce samoistnej, jak np. napad Jacksonowski lub ponapadowe albo pomiędzynapadowe objawy porażeniowe — okazały się w świetle krytyki lat ostatnich całkowicie zawodne. Pewnem jest tylko, że w miarę wzrastania wiadomości naszych, teren ekspansji klinicznej padaczki samoistnej zmniejsza się stopniowo nietylko na korzyść różnorodnych coraz dokładniej poznawanych postaci wrodzonych lub nabytych o charakterze niewątpliwie *organicznym*, ale również na korzyść tych licznych zespołów klinicznych, których pokrewieństwo z padaczką samoistną jest bardzo bliskie, które wszakże w świetle dokładniejszej analizy okazują się czemś od niej odrębnem. Te właśnie stany o nieznanem zupełnie podłożu anatomicznem i patofizjologicznem, o niezmiernie ciekawej i coraz to nowej strukturze klinicznej — zajmują rozległy teren, który *Gowers* już przed laty określił jako *pogranicze*, zaś *Oppenheim* później nieco jako *pobrzeże* padaczki. Poznanie terenu tego jest zadaniem nie tylko ponętnem ze względu na coraz większe bogactwo wypełniających go zjawisk, ale stanowi również jedną z najpewniejszych metod, zmierzających do coraz bardziej ścisłej delimitacji zakresu przejawów padaczki *istotnej*.

Pomimo wielkiej obfitości rozgrywających się na terenie tym typów klinicznych, już przy powierzchownej obserwacji łatwo się zorjentować, że dadzą się one uszeregować w dwie zasadnicze grupy. *Jedna* z nich ogarnia wyładowania ruchowe, które albo zupełnie

równoznaczne są z napadami padaczkowemi, albo zasadniczo są do nich zbliżone, które wszakże tem różnią się od padaczki właściwej, że są to tylko napady *epizodyczne*, występujące tylko w pewnych określonych warunkach, że więc mamy w nich do czynienia nie z istotnym procesem, ale raczej z *odczynem* o charakterze padaczkowym. Natomiast zjawiska *drugiej* kategorii już bardziej odległe są od morfologji wyładowań padaczkowych, posiadają jednakże z niemi pewne cechy wspólne—a mianowicie: skłonność do powracania okresowego, zaburzenia świadomości oraz niektóre warunki etjologiczne i patogenetyczne.

W grupie *pierwszej* wymienić należy przedewszystkiem opisane po raz pierwszy przez *Oppenheima* t. zw. drgawki *psychasteniczne*: są to przypadki dotyczące dziedzicznie obarczonych psychopatów ze stanami lękowemi i natręctwami myślowemi, u których *epizodycznie* po wzruszeniach psychicznych występują ciężkie drgawki z zupełną utratą przytomności. Zbliżony nieco obraz chorobowy spotykamy w opisanej przez *Bratza padaczce wzruszeniowej (Affektepilepsie)*, której cechą charakterystyczną jest, że napady występują tylko po wzruszeniach — stąd nazwa napady *wzruszenio-padaczkowe*, jakkolwiek niekiedy wywoływać je mogą również i odmienne motywy natury zewnętrznej (wyskok, gorączka). Do tej samej grupy również zaliczyć należy przypadki, które *Ziehen* określał nazwą napadów *epilamptycznych*, a *Bonhoeffer—padaczki odczynowej (Reaktivepilepsie)*. Dla napadów tych, których symptomatologja zbliżona jest do napadów psychastenicznych i które spostrzegane były przez *Bratza* i *Leubuschera* w całym szeregu przypadków u ciężkich i poniekąd asocjalnych psychopatów, charakterystyczna jest wybitna pobudliwość naczynioruchowa, niekiedy objaw Chwostka, występowanie we wczesnym wieku, zanikanie czasowe w spokojnych warunkach życia i nawrót przy wzruszeniach psychicznych. Wszystkie powyższe epizodyczne wyładowania ruchowe pomimo znacznego podobieństwa do napadów padaczkowych lub ich równoważników — zupełnie niepodatne są na działania bromu i luminalu — i po dłuższem nawet trwaniu nie powodują nigdy charakterystycznego dla padaczki zniekształcenia charakteru i upadku inteligencji. Niezależnie zupełnie od prac *Bratza* opisał amerykański neurolog *Dana* grupę przypadków o charakterystycznych napadach, zbliżonych zupełnie do padaczki właściwej, lecz „bez jej ciężkich cech degeneracyjnych" i bez jakichkolwiek charakterystycznych dla padaczki zaburzeń psychicznych. Napady te mają zazwyczaj charakter poronny, zaś w odróżnieniu od opisanych przez *Bratza* nie są zależne

od wzruszeń psychicznych. Napady te dzieli *Dana* na 4 kategorje, określając je nazwą: *paralepsji* lub *psychalepsji*: 1) napady psychiczne z uczuciem strachu, biciem serca i następczem długotrwałem wyczerpaniem 2) napady czuciowe z bólami w karku, w brzuchu i w kończynach i również z następczą prostracją, 3) napady zawrotów głowy ze szmerami subjektywnemi i z objawami zbliżonemi do choroby *Menièra* oraz 4) napady naczynioruchowe z silnym przypływem krwi do twarzy. Dla ścisłości dodać należy, że realność istnienia opisanych tutaj napadów spotkała się w ostatnich czasach z licznemi zastrzeżeniami (*Kraepelin, Schilder, Friedman, Hauptmann, Gruhle, Bumke, Krisch)* Między innemi *Hauptmann* w pracy swej p. t. „Die Epilepsie im Lichte der Kriegserfahrungen" stwierdza kategorycznie, że napady padaczki istotnej występujące wyłącznie pod wpływem wzruszeń, należy uznać za *histeryczne*. Nie uwzględnia on wszakże faktu, że wzruszenie oddziaływać może nietylko drogą psychiczną, ale wprowadzać może perturbacje w układzie wegetacyjnym i że te właśnie wahania, nieraz bardzo wybitne, czynności wegetacyjnych tkwić mogą u podstawy mechanizmów, wyzwalających atak epileptyczny. Niesłuszne również wydaje mi się krańcowe stanowisko *Krischa*, który dopatruje się w omówionych zespołach tylko zbytecznej konstrukcji klinicznej, identyfikując je w czambuł z padaczką, gdyż przeczy temu dalszy rozwój tych przypadków, jakkolwiek przyznać należy, że kryterja różniczkowe tych postaci nie opierają się dotąd na dostatecznie ugruntowanym materjale. Epizodyczność i pojedyńczość wyładowań tych wydaje się, jak dotad, cechą dla nich najbardziej charakterystyczną, to też zostały une ujęte wspólnie przez *Redlicha* pod nazwą *oligolepsji*—w odróżnieniu od częstotliwych t. zw. *pyknoleptycznych* napadów, wypełniających drugą grupę interesujących nas zjawisk.

W pewnem powinowactwie do zespołów powyższych pozostają bardzo interesujące a spostrzegane wyłącznie u dzieci napady, które *Neumann* opisywał pod nazwą „Wegbleiben der Kinder", zaś *Ibrahim* określał jako *oddechowe kurcze wzruszeniowe (respiratorische Affektkrämpfe).* Dotyczą one obarczonych dziedzicznie dzieci neuro — i psychopatycznych w wieku od roku do dwóch, rzadziej do pięciu lub sześciu lat, przyczem według doświadczeń *Stiera* z wybitną przewagą chłopców. U dzieci takich przy silnych wzruszeniach, przy krzyku lub płaczu występuje *wdechowe zatrzymanie się oddechu*, bladość, a następnie sinica twarzy, dziecko opada ku tyłowi w układzie wiotkim lub bardziej tonicznym, niekiedy zaś dołączają się do tego poszczególne lekkie drgania mięśniowe, skręcanie się gałek

ocznych, zamroczenie lub zupełna utrata świadomości oraz mimowolne oddawanie moczu i kału. Po kilku sekundach lub minutach, zazwyczaj po zastosowaniu energicznych podniet skórnych, zatrważający stan powoli ustępuje, oddech powraca, sinica znika i dziecko zasypia spokojnie. Napady takie powtarzać się mogą przy sprzyjających okolicznościach przez dłuższy czas, niekiedy przez całe lata, a następnie znikają bezpowrotnie. *Husler* oraz *Stier* zadali sobie pracę prześledzenia katamnestycznego dalszego losu takich dzieci i doszli do przekonania, że sprawa nigdy nie przechodzi w istotną padaczkę, aczkolwiek w późniejszym przebiegu dają się stwierdzić różnorodne cechy neuro i psychopatyczne—a zwłaszcza skłonność do reagowania na przykre podniety zapomocą omdleń i licznych objawów naczynioruchowych. *Ibrahim* dopatrywał się w zjawiskach tych ścisłego związku z t. zw. *odruchami warunkowemi Pawłowa*, *Stier* natomiast sprowadza całą sprawę do wzmożonej pobudliwości naczynioruchowo-wydzielniczej i do wykolejania się odruchów na szlaki patologiczne. U dzieci naogół występowanie napadów epizodycznych o charakterze zbliżonym do padaczkowego nie należy do rzadkości, znana jest bowiem predyspozycja mózgu dziecięcego do reagowania na rozmaite szkodliwości za pomocą wyładowań ruchowych. *Hochsinger* zaproponował dla zjawisk tej kategorji nazwę drgawek *okolicznościowych*. W grupie tej niewątpliwie najbardziej częste są napady, które zdarzają się w przebiegu chorób zakaźnych, niekiedy nawet w okresie inkubacyjnym, co *Husler* określa nazwą *premonitorycznych drgawek okolicznościowych*, niekiedy zaś w późniejszych okresach choroby. Napady te w zncznej większości przypadków nie stanowią bynajmniej początku padaczki, tylko przy istniejącej dziedzicznej lub indywidualnej konstytucjonalnej *gotowości do drgawek (Krampfbereitschaft)* — mają skłonność do powtarzania się przy okolicznościach późniejszych. *Redlich* wykazał, że zjawiska tej grupy stanowią jeden nieprzerwany szereg przypadków, począwszy od reakcji czysto toksycznych, przebiegających bez jakichkolwiek zmian histopatologicznych w mózgu — poprzez zmiany najbardziej powierzchowne aż do istotnego zapalenia mózgu, którego bliznowate pozostałości powodują rozwój padaczki przewlekłej, powikłanej niejednokrotnie ogniskowemi objawami organicznemi. Jest to ta grupa zjawisk, którą *Kraepelin* określa nazwą *padaczki residualnej*. Że jednak tego rodzaju epizodyczne napady w wieku dziecięcym zdarzać się mogą również po za terenem chorób zakaźnych, tego dowodzi między innemi opisany przez *Huslera* t. zw. *ortostatyczno-epileptoidalny* zespół u dzieci z białkomoczem ortostatycznym i napadami omdlenia

aż do zupełnej utraty przytomności, które *Husler* stara się wytłomaczyć układem lordotycznym oraz wzmożoną pobudliwością układu naczynioruchowego.

W sposób również epizodyczny występują napady drgawek w tej grupie przypadków, która w ostatnich latach wyodrębniana bywa przez niektórych autorów bez dostatecznej podstawy jako t. zw. *padaczka gruczołowa*. Pozostawiając na uboczu problemat patogenetycznego znaczenia zaburzeń inkrecyjnych w mechanizmie powstawania padaczki istotnej, wskazać należy na realność faktu, że niektóre zespoły wielogruczołowe przebiegać mogą z epizodycznemi drgawkami epileptycznemi. Mam tu na myśli *zwyrodnienie tłuszczowo-płciowe, chorobę Basedowa, zwyrodnienie płciowo-twardzielowe*, zwłaszcza zaś *eunuchoidyzm*, w którego przebiegu wyodrębniłem specjalną postać *epileptoidalną*. Szczególnie jednak ścisły związek łączy zjawiska zbliżone do padaczki z zaburzeniami w czynności *gruczołów przytarczykowych*. Pomijając krańcowe poglądy niektórych szkół pedjatrycznych, które skłonne są identyfikować naogół zjawiska tężyczki ze zjawiskami padaczki, liczyć się wszakże należy z faktem niewątpliwym, że przy wszystkich postaciach tężyczki występować mogą okazyjnie drgawki epileptyczne (*Frankl-Hochwart, Redlich, Nobécourt* i inni). Zwłaszcza wyraźnie występuje kombinacja taka w tężyczce rozwijającej się po usunięciu gruczołów przytarczykowych *(Tetania parathyreopriva)* zarówno po operacjach dokonywanych na ludziach, jak i przy eksperymentach na zwierzętach. W ostatnich latach eksperyment *hyperwentylacyjny* ujawnił w sposób jeszcze bardziej plastyczny powinowactwo kliniczne zjawisk tężyczkowych i padaczkowych w postaci tembardziej interesującej, że rolę sprawy wyzwalającej obie kategorje napadów odgrywają tu momenty fizjologiczne, a przynajmniej zbliżone do fizjologicznych. Naogół w przypadkach z odczynem dwoistym objawy tężyczkowe poprzedzają zazwyczaj o kilka minut wystąpienie objawów epileptycznych. Niekiedy wszakże ujawnia się tak złożone powikłanie się objawów, że trudno jest rozstrzygnąć, które z nich należy złożyć na karb reakcji tężyczkowej, a które padaczkowej. Do tej kategorji objawów np. według doświadczenia mojego, należy drżenie, nabierające niekiedy charakteru klonicznego, automatyczne unoszenie kończyn górnych ku górze (t. zw. objaw marjonetkowy *Petersa*), zapadanie chorego ku dołowi, zlokalizowane zaburzenia czucia, objawy zbliżone do kataleptycznych oraz zjawiska plastycznego napięcia muskulatury. W wielu przypadkach natomiast napięcie muskulatury wykazuje charakter *toniczny*, zaś układy stężeniowe mają cechy poczęści natury *tężyczkowej*, po-

części zaś *odmóżdżeniowej*. Stany te stanowią przejście do bardzo złożonych zespołów hyperkinetycznych i stężeniowych, na które składają się komponenty różnorodnej natury. Jest to gwałtowny przykurcz wyprostny muskulatury kończyn górnych i dolnych z przekrzywieniem kręgosłupa ku tyłowi w kształcie *opisthotonus* z szczękościskiem, z hyperpronacją ramion i przedramion, z odruchami *Magnusa* i *de Kleyna*, z objawami t. zw. „napięcia posturalnego", z kurczowem ustawieniem stóp w układzie szpotawo-końskiem, zaś palców dłoni w układzie akuszeryjnym, z zupełnem zniesieniem oddziaływania źrenic na światło oraz zamroczeniem świadomości. Zjawiska te, które według doświadczenia mojego stanowią jeden z najbardziej charakterystycznych typów odczynu hyperwentylacyjnego w padaczce, zaproponowałem wyodrębnić pod nazwą *zespołu tężyczkowo-odmóżdżeniowo-padaczkowego*. Badania nad wpływem głębokiego oddychania na powstawanie ataków w padaczce, zapoczątkowane przez *Rosetta*, oraz *Foerstera* rzucają również interesujące światło na mechanizm niektórych epizodycznych napadów drgawkowych, powstających pd wpływem czynnika, który możnaby nazwać *hyperwentylacją odruchową*. Mam tu na myśli w pierwszym rzędzie napady drgawkowe, które poraz pierwszy opisał *Wagner von Jauregg* u przywróconych do życia wisielców, gdzie po krótkim okresie oddychania powierzchownego następuje szereg bardzo głębokich ekskursji oddechowych. Wiadomo również, że zimna kąpiel powoduje w sposób odruchowy głębokie oddychanie, i cały szereg przypadków zatonięcia w zimnej kąpieli zależy prawdopodobnie nie od porażenia serca, jak się to zwykle szablono przypuszcza, ale od wyzwolonego przez zimno i głębokie oddychanie napadu utężonej padaczki. Również i *sen* powoduje fizjologiczne pogłębienie oddechu, które u niektórych epileptyków może być tak znaczne, że powodować może występowanie napadów przeważnie albo wyłącznie w nocy.

Jeżeli wspomnę wreszcie o tej grupie napadów, która składa się na sporną dotąd i niedostatecznie wyświetloną kategorję t. zw. *padaczki odruchowej* (np. po zabiegach chirurgicznych, po operacjach ortopedycznych, w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, po napadach Menièrowskich), to wyczerpię w ten sposób zakres owych napadów epizodycznych, które, jak to wykazuje dalszy przebieg, nie zwiastują bynajmniej początku istotnej padaczki przewlekłej, przedewszystkiem zaś nie prowadzą do charakterystycznych zaburzeń psychicznych natury padaczkowej. Patogeneza tej właśnie grupy napadów epizodycznych jest dotąd całkowicie nieznana, niewątpliwie wszakże wypływać ona musi z tej właściwości ośrodków koro-

wych i podkorowych, którą *Redlich* określił nazwą *epileptycznej właściwości reagowania mózgu (epileptische Reaktionsfähigkeit)*—nazwa pod którą *Redlich* pojmuje jedną z fizjologicznych właściwości reagowania ośrodkowego układu nerwowego, inni natomiast badacze *(Fischer, Krisch, Förster)* dopatrują się już w samej tej właściwości cech patologicznych i określają ją powszechnie przyjętym dzisiaj terminem *epileptycznej gotowości do drgawek (epileptische Krampfbereitschaft).* Zjawisko to opierające się na stwierdzonym dzięki słynnym eksperymentom *Claude'a* oraz badaniom *Förstera in vivo prawie obniżenia progu pobudliwości drgawkowej (epileptische Krampfreizschwelle)*, tłomaczy z dostateczną jasnością fakt, że jednoznaczna szkodliwość o identycznem umiejscowieniu, identycznem natężeniu i identycznem trwaniu u jednego osobnika wywołuje napady, u drugiego zaś nie.

Drugą wielką grupę zjawisk stojących na pograniczu padaczki, stanowią napady, których cechą najbardziej charakterystyczną jest ich częstotliwość oraz daleko posunięte zamroczenie świadomości. W znacznej większości obserwacji występują one u *dzieci* i cechują się wielkim polimorfizmem przejawów. Do najbardziej charakterystycznych z nich należą napady, które *Friedmann* opisał w swoim czasie jako *absenc'e nie padaczkowe*, a dla których *Husler* zaproponował niedawno nazwę stanów λ, (λημμα — ustawać). Napady te są to naogół króciutkie — częstokroć zaledwie ułamek minuty trwające stany odrętwienia psychicznego, podczas którego dzieci nagle przerywają swoją czynność lub też kontynuują ją w sposób automatyczny, przekręcają oczy ku górze i nie mogą się poruszać. Charakteryzuje je przytem niezupełne, częściowe zamroczenie świadomości, „zastygnięcie zdolności myślenia", nagłe odcięcie niejako tylko wyższych czynności psychicznych (myślenie, pamięć, wola), pewna zależność od wzruszeń i określonych sytuacyj, przyczem dzieci nie mogą mówić, wiedzą jednakże o napadzie. Występują one wcześnie w wieku od 6 — 10 lat, zachodzą zwykle podczas dnia, niekiedy wszakże również i w nocy. Leczenie przeciwpadaczkowe wpływa na nie raczej niepomyślnie, po kilku latach, najczęściej w okresie dojrzewania płciowego, znikają one bezpowrotnie, nie sprawiając najmniejszego uszczerbku zdolnościom intelektualnym dziecka. O ile w wymienionej grupie napadów najważniejszą cechą charakterystyczną jest częściowe zamroczenie świadomości, o tyle w grupie następnej dominują wyładowania ruchowe, zbliżone do hyperkinezy padaczkowej. I tak, jak nie każde „petit mal" jest nieodzownie wyrazem padaczkowego zamroczenia świadomości, tak nie każdy napad

drgawkowy jest somatycznym przejawem padaczki bądź to cielesnej bądź nawet objawowej. *Fürstner* już dawno zwrócił uwagę na względną częstość u dzieci tego rodzaju napadów, które ryczałtowo, a niesłusznie zalicza do histerji. Podkreśla on przytem fakt, że napady takie występować mogą czasem i połowiczo, a częstokroć w postaci Jacksonowskiej. Specjalną uwagę poświęcił tego rodzaju napadom *Heilbronner*, określając je nazwą *drobnych częstotliwych napadów (gehäufte kleine Anfälle)*, podkreślając fakt, że nie wykazują one tego poliformizmu, który zazwyczaj uważany jest za charakterystyczny dla histerji, lecz przeciwnie wyczerpującą monotonję napadów epileptycznych i różniczkując je od padaczki na zasadzie bezskuteczności preparatów bromowych i braku otępienia następczego. *Mann* spostrzegał analogiczne przypadki, w których stwierdził znacznie wzmożoną pobudliwość galwaniczną nerwów i przypuszczał *spazmofilję* jako ich podłoże patogenetyczne. *Henneberg* różniczkuje zjawiska te od t. zw. *narkolepsji* typu *Gélineau* i proponuje dla nich nazwę napadów *ekplejtycznych* i *ekplektycznych*. Piśmiennictwo lat ostatnich przyniosło cały szereg prac, poświęconych tej sprawie (*Friedmann, Bonhoeffer, Klieneberger, Löwenfeld, Engelhardt, Stöcker, Redlich, Henneberg, Schröder, Bolten, Sauer, Cohn, Husler, Stier, Pohlisch, Stargardt, Goldflam*). *Punctum saliens* całej sprawy polega na tem, czy można napady takie uważać za postać swoistą, czy też należy utożsamiać je ze zjawiskami natury histerycznej lub padaczkowej. Że napady funkcjonalne przebiegać mogą pod postacią drgawek typowo padaczkowych—jest to rzeczą znaną od dawna. *Ballet* i *Crespin* już przed czterdziestu laty z górą opisywali takie przypadki: jeden z ich pacjentów wyprodukował w przeciągu 26 dni pokaźną liczbę 21.708 napadów z maximum 1513 napadów w przeciągu jednego dnia. To też, podczas kiedy jedna grupa badaczy zalicza wszystkie owe częstotliwe napady, dla których *Schröder* zaproponował ogólnie dzisiaj przyjętą nazwę *pyknolepsji* (πυκνο'ς — częsty), do przejawów histerji, inna natomiast (*Stier, Cohn, Husler*), opierając się na przebiegu niektórych z tych przypadków, nie widzi dostatecznego powodu do odgraniczania ich od padaczki. Słuszność, jak mi się zdaje, pozostaje po stronie tych badaczy (*Bolten, Redlich*), którzy, stwierdzając, że część napadów pyknoleptycznych należy niewątpliwie do zakresu padaczki, wyodrębnia wszakże grupę swoistą, dla której lokalizacji nozologicznej należy doszukiwać się „poza Scyllą i Charybdą histerji lub epilepsji" i które czekają dotąd na dokładniejsze wyjaśnienie ich patogeneczy. Po względem klinicznym najbliższe powinowactwo do napadów pyknoleptycznych wykazuje

zespół kliniczny, opisany przez *Gélineau* w 1880 roku pod nazwą *narkolepsji*, którego swoistość i odrębność ugruntowana została przez badania kliniczne lat ostatnich *(Redlich, Goldflam, Henneberg, Stern, Cohen, Adie* i inni) — specjalnie zaś w świetle doświadczeń okresu wojennego. Jakkolwiek sprawa nie należy do częstych, jednakże nie jest bynajmniej taką rzadkością, jak to sądzono do niedewna, gdyż *Goldflam* opiera pracę swoją na 5, *Adie* na 6, zaś *Redlich* aż na 14 własnych typowych przypadkach. Na zespół kliniczny narkolepsji składają się dwa objawy kardynalne, a mianowicie: 1) napady senności i snu i 2) ataki zahamowania ruchowego, do których *Goldflam* dodaje jeszcze objaw trzeci — *uczucie wyczerpania*, które wszakże nie jest niczem innem, jak fazą przedwstępną senności. Co się tyczy napadów snu, to mają one wszelkie cechy zwykłego snu fizjologicznego: powieki są zamknięte, głowa zapada na piersi, oddychanie jest pogłębione, twarz zlekka zaróżowiona, oddziaływanie na światło źrenic, które zazwyczaj są nieco zwężone i których badanie chorych często budzi, jest zachowane. Niekiedy chorzy podczas takiego snu miewają nawet marzenia senne, w rzadkich przypadkach nawet słyszą, co się dokoła nich dzieje, tylko nie mogą mówić. Częstość napadów takich jest rozmaita, (w przypadku *Gélineau* dochodziły one do 100 dziennie). Zazwyczaj trwają one bardzo krótko (kilka sekund), zdarzają się jednak przypadki, w których trwały one do 12, a nawet jak w przypadku *Noacka* do 36 godzin. Napad snu, dla którego *Gowers* zaproponował nazwę *somnozji*, chwytać może chorego w najrozmaitszych sytuacjach, nawet podczas stania lub chodzenia, jest zazwyczaj powierzchowny, poprzedza go zaś nieprzezwyciężona potrzeba snu. Jeszcze bardzie charakterystycznem dla narkolepsji zjawiskiem jest szczególna reakcja pacjentów na intesywne stany wzruszeniowe, którą *Gélineau* określał nazwą *chute* albo *astasie*, *Löwenfeld*—jako *stężenie kataleptyczne*, *Henneberg*—jako *zahamowanie kataplektyczne*, *Stern*—jako *zablokowanie napięcia*, zaś *Redlich* jako *wzruszeniową utratę napięcia (affektiver Tonusverlust)*. Otóż przy silnem wzruszeniu, w gniewie, a zwłaszcza przy śmiechu chorzy tracą władzę nad swoją muskulaturą: głowa zapada im na piersi, żuchwa zwisa, ramię przy zamierzonem uderzeniu opada bezwładnie, niekiedy zaś defekt ruchowy jest bardziej generalizowany, przyczem chory zapada się w kolanach albo upada na ziemię, jakgdyby rażony strzałem. Stosunek zjawisk somnozomicznych do objawów wzruszeniowej utraty napięcia w zespole narkoleptycznych może być rozmaity. Według doświadczenia *Redlicha* wzruszeniowa utrata napięcia towarzyszy więcej niż $^3/_4$ ogólnej liczby przypadków choroby *Géli-*

neau. W przypadkach współistnienia zjawisk obu kategoryj napadowe stany snu poprzedzają zazwyczaj upadek napięcia, istnieją wszakże postacie przejściowe pomiędzy dwoma typami zasadniczemi. *Strauss*, który podnosi znaczenie objawów naczynioruchowych w narkolepsji, odróżnia przy typowym napadzie snu — postać *samoistną* zaś przy utracie napięcia, spowodowanej przez wzruszenie—postać *reaktywną*. Choroba rozpoczyna się w wieku młodzieńczym w okresie dojrzewania płciowego, niekiedy jednakże dopiero po ukończonych 30—40 latach. W statystyce dotychczasowej przeważa znacznie element męski nad kobiecym. Przebieg choroby jest wybitnie przewlekły: w przypadku *Goldflama* napady trwały przez 21 lat, stały się tylko z biegiem czasu nieco rzadsze. W żadnym ze spostrzeganych dotąd przypadków nie stwierdzono przejścia sprawy chorobowej w padaczkę. Leczenie naogół jest bezskuteczne. *Derkum, Cohen, Curschmann, Matzdorf* widywali nieznaczne wyniki przy podawaniu tyreoidyny, *Redlich* zaleca naświetlanie promieniami Roentgena tarczycy, przysadki mózgowej, jak również i czaszki.

Analiza zarówno pierwszych publikacji *Gélineau*, jak i całkowitego materjału klinicznego, a zwłaszcza prac ostatniej doby, upoważnia nas do traktowania narkolepsji jako swoistej i odrębnej jednostki chorobowej, która nie ma nic wspólnego z symptomatycznemi stanami snu, spostrzeganemi przy rozmaitych zaburzeniach ustrojowych (cukrzyca, otyłość i t. p.). Również i padaczka istotna powodować może objawowe napady snu, które wszakże nie są identyczne z narkolepsją. Dlatego też w celu podkreślenia swoistego charakteru choroby *Gélineau* i uniknięcia nieporozumień wydawało mi się słuszne zarezerwować li tylko dla niej termin *narkolepsji*, zaś dla wszystkich wspomnianych wyżej objawowych napadów snu zaproponować termin *hypnolepsji.* W ten sposób teren częstotliwych napadów na pograniczu padaczki wypełniony jest odrębnemi zjawiskami *pyknolepsji* i *hypnolepsji* obok najważniejszego reprezentanta, którym jest *narkolepsja* i którego patogenezę uprzytomniamy sobie, jak dotąd tylko w świetle hypotez. *Gélineau* starał się objaśnić zjawiska narkoleptyczne zubożeniem okolicy mostu w tlen, *Friedmann* przypuszczał wzmożone wyczerpywanie się mózgu, *Löwenfeld* — zaburzenia w ośrodkach naczynioruchowych, *Henneberg*—nienormalne procesy zahamowania, *Economo* starał się przeprowadzić analogję pomiędzy objawami narkolepsji a t. zw. *odruchami unieruchomienia* u zwierząt—innemi słowy zjawiskami *hypnozy* zwierzęcej (t. zw. *Totstellreflex*). W ostatnich czasach pod wpływem niektórych aktualnych obecnie w neurologji poglądów (teorja snu w świetle doświad-

czeń nagminnego zapalenia mózgu, wpływy patogenetyczne inkrecji, zagadnienie *odruchów warunkowych Pawłowa)* powstała eklektyczna teorja *Adiego*, którą popiera również i rozwija szeroko *Redlich*. Według teorji tej niedomoga tarczycy a prawdopodobniej jeszcze przysadki mózgowej wskutek związanego z nią obniżenia procesów utleniania powodować ma wzmożoną pobudliwość ośrodka wyzwalającego sen oraz zwojów podstawnych, hamujących napięcie. przyczem rolę dominującą odgrywać mają tutaj mechanizmy odruchów warunkowych *Pawłowa*. Za teorją tą przemawiały by niektóre spostrzeżenia kliniczne, wskazujące na powikłanie narkolepsji niedomogą przysadki (*Dercum, Henneberg, Jolly, Kahler, Lichtenstern* i inni). Między innymi *Morris Cohen* opisał niedawno przypadek karłowatości przysadkowatej z narkolepsją, w którem zdjęcie reentgenowskie wykazało zmniejszenie pokrytego w kierunku poprzecznym kością siodełka tureckiego.

W obrazie klinicznym narkolepsji poznaliśmy zjawiska zahamowania ruchowego, rozwijającego się w następstwie utraty napięcia *wyłączaie pod wpływem wzruszeń* (t. zw. *affektiver Tonusverlust Redlicha*). Nie ulega wszakże wątpliwości, że tego rodzaju utrata napięcia, występująca w postaci napadowej i ogarniająca całkowitą dowolną muskulaturę ciała, rozwijać się może po za właściwym terenem narkolepsji *również bez jakiegokolwiek udziału wzruszeń*. Są to napady, które spostrzegałem, jak dotąd, wyłącznie w materjale dziecięcym albo w postaci samoistnej, albo w zespole parkinsonizmu śpiączkowego. Symptomatologja ich polega na tem, że dzieci w pozycji siedzącej lub stojącej upadają, jak podcięte, na ziemię. Dokładniejsze badanie wykazuje w przypadkach takich brak jakichkolwiek zaburzeń błędnikowych, brak uprzednich zawrotów głowy oraz objawów ogniskowego zachorzenia układu nerwowogo. Częstość napadów takich w ciągu dnia może być bardzo znaczna: u pięcioletniej dziewczynki, którą mam obecnie w obserwacji, przekraczała ona w ostatnich czasach liczbę 40 na dobę. Trwanie ich jest bardzo krótkie: dziecko, jak rażone piorunem, zwala się na ziemię, muskulatura całego ciała w najwyższym stopniu wiotczeje — i po kilkunastu sekundach mały pacjent może już o własnych siłach wstać, a nawet chodzić. Od napadów pyknoleptycznych — prócz zjawiska *katapleksji*—różni tę kategorję napadów całkowite zachowanie przytomności maleńkich pacjentów, co nie przeszkadza im wobec zupełnej niemożności władania muskulaturą zdobywać sobie podczas napadów licznych guzów a nawet obrażeń. Od narkolepsji właściwej różni je absolutny brak napadowej senności oraz niemożność wy-

krycia przy powstawaniu ich jakiegokolwiek momentu wzruszeniowego. Nigdy nie towarzyszą im objawy podrażnieniowe, nigdy nie przechodzą one w padaczkę i nie są podatne na żadne środki przeciwpadaczkowe. Sądzę, że możnaby je wyodrębnić pod nazwą *katapleksji idjopatycznej*—w odróżnieniu od *katapleksji objawowej*, przebiegającej również z napadową utratą napięcia bez związku z motywami wzruszeniowemi, a którą, jak dotąd, spostrzegałem wyłącznie w parkinsonizmie dziecięcym po przebytem *nagminnem zapaleniu mózgu*. W jednej z obserwacji moich tej ostatniej kategorji objawom katapletycznym towarzyszyło *przemijające zniesienie odruchów ścięgnowych*.

Z wręcz odwrotną kategorją zjawisk paroksyzmalnych spotykamy się w tej niezmiernie interesującej, a mało znanej dotąd postaci klinicznej, którą opisałem przed czterema laty pod nazwą *padaczki pozapiramidowej*, a którą spostrzegałem w przebiegu organicznych zachorzeń mózgowia (nowotwory, wodogłowie), przedewszystkiem zaś w *nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu*. Są to stany paroksyzmalnego spazmodycznego napięcia muskulatury, występujące przeważnie jednostronnie i przebiegające z gwałtownemi objawami bólowewi. Pod względem symptomatologicznym stany te przypominają ów zespół kliniczny, który *Bechterew* opisał pod nazwą *hemitonji udarowej (hemitonia apoplectica)* z tą tylko różnicą, że objawy te nie są stałe, lecz napadowe, że wykazują znaczną bolesność i że nie mają nic wspólnego z udarem mózgowym. Polegają one albo na kurczowem zgięciu kończyny górnej w stawie łokciowym, albo łącznem zgięciu kurczowem jednostronnem w stawie łokciowymi i kolanowym, albo na kurczowem skróceniu kończyny dolnej z przyciągnięciem uda do brzucha i zgięciu kolana pod kątem mniej więcej prostym oraz maksymalnem zgięciu kończyny górnej w łokciu i stawie nadgarstkowym, niekiedy na kurczu w okolicy kłębka doprowadzającym paluch do bardzo bolesnej maksymalnej opozycji, niekiedy wreszcie na przemijającym bolesnym kurczu muskulatury szyi lub twarzy. Zwolnienie kurczu następuje zawsze dość szybko, przyczem również szybko przemija ostra bolesność muskulatury,, ustępując miejsca łagodnej obolałości, które po pewnym czasie znika. Niekiedy zjawiska te wikłają się objawami zbliżonemi do tężyczki, które również mają charakter paroksyzmalny, w rzadkich przypadkach zaś może im towarzyszyć krótkotrwałe *zamroczenie*, jednakowoż bez następczej amnezji. We wszystkich spostrzeganych przezemnie przypadkach w okresach wolnych od kurczu odruchy ścięgnowe po stronie jednoimiennej wykazywały stale pewne osłabienie

w porównaniu ze stroną naprzeciwległą, zaś we wszystkich obserwacjach, w których objawy spazmodyczne ujawniały się w kończynach górnych, występował bardzo wyraźnie na dłoni *odruch palmarny*, czyli zgięcie dłoni w pierwszych paliczkach oraz doprowadzenie palców, natomiast normalny odruch podeszwowy był zawsze po stronie kurczu znacznie *żywszy*, aniżeli po stronie naprzeciwległej, jednakże bez reakcji obronnej to znaczy bez zgięcia kończyny w stawie biodrowym i kolanowym i bez tyłozgięcia stopy. Wobec charakteru klinicznego objawów tych zbliżonego do *hemitonji udarowej Bechterowa*, którą na zasadzie dotychczasowego materjału klinicznego i anatomicznego (*Pfeiffer, Cassirer, Quensel, Böttiger*) uznać należy za *analogon* połowicze do tego typu zespołu *amyostatycznego*, do którego należy np. pseudosklerosa lub choroba Wilsona z podłożem chorobowem rozwijającem się w węzłach podkorowych (najprawdopodobniej wylewy krwawe do jądra soczewicowatego), określiłem grupę wyodrębnionych tutaj zjawisk nazwą *hemitonji okresowej* (*hemitonia paroxysmalis*), dopatrując się w nich pewnej *swoistej odmiany napadu epileptycznego, od którego odpadły wszelkie komponenty korowe natury klonicznej, pozostał zaś tylko w najbardziej czystej postaci element podkorowy toniczny*. Nie poruszając tutaj sprawy tego niezmiernie subtelnego substratu anatomicznego, po którym przebiegają podniety wywołujące wzmiankowane objawy napadowe natury tonicznej, ani nie rozstrzygając kwestji, czy owe stany tonicznego napięcia pozapiramidowego torują sobie drogę do obwodu poprzez ślaki piramidowe, czy też przez jądro czerwone i przez pęczek *Monakowa*, wyświetlić chciałbym raczej stronę *patofizjologiczną* tego zjawiska, a mianowicie zagadnienie, czy mamy tutaj do czynienia z objawami natury *podrażnieniowej* czy też z *wynikiem przerwania działalności pewnych mechanizmów hamujących*. Stojąc na gruncie teorji *Strümpla* o t. zw. zespole *amyostatycznym* (wzgl. *zespole dystonicznym Stertza*), skłaniam się osobiście raczej ku tej ostatniej próbie interpretacji. Analizując przed kilku laty objawy opisany przezemnie objaw *aury porażeniowej* w padaczce, wypowiedziałem wtenczas przypuszczenie, że podczas napadu padaczkowego wyzwalać się może energja nietylko natury *pozytywnej*, powodująca drgawki kloniczne, ale i natury *negatywnej*, powodująca objawy porażeniowe (t. zw. *Hemmungsentladungen Binswangera*). Obecnie przypuszczenie to uzupełnić muszę jeszcze *trzecią* możliwością: napadowego wyładowywania się energji *odhamowującej*, powodującej powstawanie szczególnych objawów kurczu tonicznego dla których pozwoliłem sobie zaproponować nazwę padaczki *podkorowej* wzgl. *pozapiramidowej*

(*epilepsia subcorticalis s.extrapyramidalis*). Nadmienię tutaj, że koncepcja *padaczki pozapiramidowej* zyskała sobie potwierdzenie w niektórych pracach trzech lat ostatnich (*Wimmer, Bechterew, Krisch, Margolis, Lévy*) i że w świetle jej rozpatrywane są również t. zw. *napady wejrzeniowe* (*crises oculogyres*) w parkinsonizmie pośpiączkowym oraz niektóre przejawy choroby *Kożewnikowa* (*epilepsia carticalis continua*), którą *Choroszko* w monografji swojej określa bardziej trafną nazwą: *polyclonia epileptoides continua*, przypuszczając dla niej podkorowy mechanizm powstawania hyperkinezy i nie wyłączając takich spraw, które żadnych widocznych zmian materjalnych dać nie mogą.

Pozostaje mi jeszcze wspomnieć o grupie pokrewnych z padaczką, a jednak odrębnych od niej objawów napadowych, rozgrywających się wyłącznie na terenie *układu wegetacyjnego*. Mam tu na myśli w pierwszym rzędzie napady, które *Turner* opisał jako *naczyniowo-epileptoidalne*, zaś *Gowers* wyodrębnił pod nazwą *naczyniowo-błędnych* (*vaso-vagal*). Charakterystyczne jest dla nich paroksyzmalne występowanie ciężkich zaburzeń wegetacyjnych, specjalnie w zakresie układu *parasympatycznego*, jak ucisk w żołądku, uczucie przypominające typową aurą, uczucie zatrzymywania się serca, niepokoju, zbliżającej się śmierci, pozatem wybitne objawy naczynio-ruchowe: uczucie zimna, nikłość tętna, dreszcze, oraz objawy tężyczko-podobne przy zachowanej przytomności, lecz utrudnieniu czynności psychicznych i wybitnem poczuciu *depersonalizacji*. Nieco odrębne napady wegetacyjne miałem sposobność spostrzegać u młodych chłopców w okresie dojrzewania płciowego: polegały one na uczuciu dławienia w klatce piersiowej i w gardle z zatrzymaniem oddechu w inspiracji i z gwałtownym zaczerwienieniem twarzy i górnej połowy ciała zupełnie jak pod wpływem nitrogliceryny oraz z silnem poceniem się tych okolic, przyczem ilość napadów takich dochodzić może do kilkudziesięciu dziennie. Nie należy wszakże zapominać, że liczne objawy wegetacyjne charakterystyczne są również dla typowo *padaczkowych* i typowo *histerycznych* napadów (*Orzechowski, L. R. Müller*) i że na nich pomiędzy innemi opierały się koncepcje kliniczne, które starały się wytworzyć sztuczną konstrukcję *histeroepilepsji* oraz t. zw. napadów *pośrednich*. Jak wiadomo określenie: *histero-epilepsja* pochodzi od *Charcota*, który odróżniał t. zw. *hystéro-epielpsie à crises mixtes*, gdzie wogóle nie było padaczki, tylko ciężka histerja ze swoistemi napadami oraz: *hystéro-epilepsie à crises distinctes*, w której przyjmował współrzędne i niezależne jedno od drugiego występowanie obu cierpień. Autorytet *Charcota* sprawił, że nazwa ta weszła w obieg neurologiczny, jednakowoż bez dokładnego

uwzględnienia treści poglądów jej twórcy. Z faktu istnienia napadów wykazujących cechy zarówno histerji jak i padaczki—wysnuty został zupełnie bezpodstawny pogląd, jakoby istniały u postaci kliniczne *przejściowe* pomiędzy histerją i padaczką (*Steffen, Gille de la Tourette, Gowers, Ziehen,* oraz do niedawna *Binswanger).* Dzięki wszakże podstawowym pracom *Löwenfelda, Hochego, Jollyego,* a zwłaszcza *Bratza* i *Falkenberga* ustalona została konieczność *dualistycznego* pojmowania tego rodzaju stanów złożonych oraz patogenetyczna niemożliwość istnienia stanów przejściowych pomiędzy zasadniczo tak odmiennemi zachorzeniami, jakiemi są histerja i padaczka. Zwłaszcza bogata i pouczająca pod tym względem jest kazuistyka *Bratza* i *Falkenberga,* gdzie w niektórych obserwacjach dualizm ten nawet w przebiegu jednego napadu występuje niezmiernie plastycznie (np. przypadki z napadami padaczkowemi podczas zamroczenia histerycznego). Ciekawe jest wszakże, że w ostatnich latach ujawniła się w nauce również i odwrotna tendencja, starająca się ponownie przerzucić pomost pomiędzy padaczką a histerją. Między innemi *Kraepelin* wypowiada przekonanie, że w padaczce punkt zaczepny podniet wzruszeniowyah zostaje tylko przesunięty od linji pierwotnych mechanizmów obronnych, które miarodajne są dla napadu hysterycznego, w kierunku postaci jeszcze starszej i pierwotniejszej. *Schilder, Pötzl,* a u nas *Pieńkowski* czynili próby interpretacji zjawisk histerycznych w świetle tych samych mechanizmów, (specjalnie pozapiramidowych), które zarządzają również rozwojem zachorzeń organicznych.

Zakres zjawisk czysto *psychjatrycznych* na pograniczu padaczki zajmuje terytorjum stosunkowo szczupłe i niezbyt wyraziście zarysowane. Brak dostatecznie pewnych kryterjów psychopatologicznych dla swoistości niektórych zaburzeń podejrzanych o powinowactwo z padaczką, powoduje u niektórych autorów całkowicie dowolną interpretację zjawisk. Tak np. *Kleist* opisał niedawno szczególne tubylcze lub rozwijające się w sposób reaktywny kilkodniowe ciężkie stany zaburzeń świadomości z obrazami omamowo-majaczeniowemi, które kończyły się snem jako *epizodyczne stany pomroczne,* wyodrębniając je pod nazwą *epileptoidu* i rozszerzając koncepcję tę ponad wszelką miarę. Zastrzeżenie to dotyczy również i tak zwanej *dipsomanji,* której związek integralny z padaczką w świetle materjału lat ostatnich wydaje się coraz bardziej wątpliwy, jak również rozmaitych stanów epileptoidalnych, przebiegających wyłącznie z zaburzeniami psychicznemi, jak np. niektóre okresowe wyładowania afektu, patologicznych reakcji alkoholowych, krótkotrwałych stanów

przygnębieniowych i t. p. Nie sądzę ażeby eksperyment hyperwentylacyjny, jak wyraża nadzieję *Redlich*, mógł stać się kiedykolwiek drogowskazem orjentacyjnym na tym terenie, gdyż według doświadczenia mojego daje on wyniki pozytywne wyłącznie w niewątpliwych przypadkach padaczki.

Dopiero poza linją demarkacyjną omówionych tutaj funkcjonalnych postaci pokrewnych znajduje się rozległy zakres tych stanów drgawkowych, dla których różnorodne podłoże organiczne stanowi bodziec zwany przez *Förstera szkodliwością podrażnieniową padaczkorodną*. W znakomitym referacie na XVI Zjeździe Neurologów Niemieckich w Düsseldorfie dolicza się *Förster* aż 16-tu takich szkodliwości padaczkotwórczych. Są to: 1) wrodzone sprawy mózgowe, 2) dziedziczno-degeneracyjne sprawy mózgowe, 3) urazowe sprawy mózgowe, 4) nowotwory, 5) pasożyty (wągry, bąblowce, promienica), 6) kiła, 7) gruźlicze sprawy mózgowe, 8) ropień mózgu, 9) obrzmienie mózgu, 10) sprawy zapalne opony miękkiej i pajęczynówki, 11) dziecięce zapalenie mózgu, 12) zapalenie mózgu nagminne, 13) stwardnienie wieloogniskowe, 14) gljoza przedstarcza i starcze spustoszenie mózgu, 15) zatrucia wewnątrz — i zewnątrzpochodne (alkohol, ołów i t. p.), 16) zaburzenia cyrkulacyjne. Tak więc właściwy teren *padaczki samoistnej* znajduje się poza granicami nietylko omówionych w referacie niniejszym zespołów czynnościowych, ale i wszystkich spraw organicznych ugrupowanych w 16-tu typach *Förstera*. Dzięki badaniom histopatologicznym lat ostatnich poznaliśmy różnorodne zmiany organiczne towarzyszące padaczce samoistnej. Jedne z nich, jak skleroza rogu Ammona, jak t. zw. gljoza obrzeżna kory mózgowej *Chasslina* oraz t. zw. skleroza astroficzna spotykane są tylko w przypadkach przewlekłych i uważane są naogół nie za przyczynę padaczki, lecz za zjawiska uboczne, jako wyraz epileptycznego zwyrodnienia tkanki mózgowej. Daleko ważniejsze jednakże są zmiany *ostre*, których znajomość zawdzięczamy w pierwszej linji badaniom *Alzheimera*, ostatnio zaś *Spielmeyera* oraz *Uchimury*. Są to zmiany regresywne w komórkach nerwowych, rozpad najdrobniejszych wyrostków osiowych, podział jądra w licznych komórkach nerwowych, liczne wielkie komórki ameboidalne z obfitemi produktami rozpadu. Tego rodzaju zmiany chemiczno-odżywcze, polegające na zaburzeniach asymilacyjnych i dyssymilacyjnych procesów komórkowych—w zasadzie zupełnie *wyrównywalne*—czynią zrozumiałemi te wypadki padaczki, w których napady ustępowały zupełnie bez upośledzenia władz umysłowych i pozwalają nam uważać padaczkę samoistną za chorobę *uleczalną* lub, ściślej mówiąc, zasad-

niczo *samowyleczalną*. Ponieważ jednak patogeneza i etjologja owych zmian ostrych jest dla nas dotąd równie ciemna i zagadkowa, jak i wymienionych poprzednio zmian przewlekłych, przeto stanowisko kliniczne padaczki samoistnej ugruntowuje się raczej w sposób *negatywny, jako nieposiadającej dotąd uchwytnej etjologji*. Doświadczenie lat ostatnich wskazuje, że zakres jej stopniowo się zwęża i przewidywać należy, że kurczyć się będzie on coraz bardziej na korzyść innych spraw o określonej fizjonomji anatomiczno - fizjologicznej, a przedewszystkiem różnorodnych coraz to liczniejczych, pokrewnych a jednak nie identycznych *zespołów czynnościowych*, które starałem się tutaj możliwie zwięźle nakreślić. Niech mi wolno będzie jednak wyrazić przekonanie—wręcz odmienne od brzmienia wniosku z referatu mojego, wygłoszonego na I Zjeździe Neurologów, Psychjatrów i Psychologów w Warszawie, że przyszłe badania nie zniwelują bynajmniej pojęcia padaczki samoistnej, że nie rozpłynie się ona całkowicie w wielkiej grupie epilepsji ogniskowo-organicznych i że po skrupulatnem odseparowaniu całego rozległego terytorjum *pogranicza*, pozostanie jeszcze dostateczna liczba cech anatomicznych i klinicznych, które pozwolą nam zawsze określić *padaczkę swoistą jako zupełnie samoistną i odrębną jednostkę chorobową*.

KRYMINALNA PATOLOGJA PADACZKI I JEJ ZNACZENIE SĄDOWO-LEKARSKIE[1]).

p o d a ł

PŁK. DR. MED. JAN NELKEN.

I. Rozgraniczenie padaczki.
II. Typy przestępczości padaczkowej.
III. Pogranicze padaczki. Padaczkowatość i jej znaczenie kryminalne.
IV. Padaczka i alkohol.
V. Padaczka a młodociani.
VI. Padaczka a wojsko.
  1) padaczka urazowa.
  2) stany ucieczkowe.
VII. Przestępczość padaczki w świetle badań nad konstytucją psychofizyczną.
VIII. Częstość przestępstw padaczkowych.
IX. Ocena padaczki w postępowaniu karnem przed sądem:
  1) poczytalność.
  2) rozpoznawanie i wartość poszczególnych stanów padaczkowych.
X. Ocena padaczki w postępowaniu cywilnem.
XI. Padaczka u świadków.
XII. Udawanie padaczki.

Znaczenie padaczki w etjologji kryminalnej nie wyrasta przy stanie wiedzy współczesnej ponad przeciętną miarę. Kiedyś jednak zawdzięczała ona właśnie swym właściwościom kryminalnym niesłychane rozszerzenie tego pojęcia. Był czas, kiedy pojęcie padaczki i pojęcie zbrodniczości były identyczne.

Lombroso i jego szkoła poza teorją antropologiczną, traktującą przestępcę, jako odmianę atawistyczną człowieka, jednocześnie roz-

[1]) Według odczytu na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie.

różniała dwa psychopatologiczne typy zbrodniarza: typ zbrodniarza padaczkowca i typ obłąkańca moralnego. *Lombroso* podkreśla dla przestępcy swoistość t. zw. przez niego „historji naturalnej padaczki" będzie to wspólność cech morfologicznych — budowy głowy i twarzy, analogicznych rysów fizjognomji, atawistycznych cech zwyrodnienia; wspólność cech fizjologicznych—obniżenia wrażliwości czucia, jednostronności, mańkuctwa i t. d. I obłąkanie moralne zostało w końcu przez *Lombrosa* wcielone do padaczki. *Lombroso* uważał ostatecznie zbrodnię za równoważnik padaczki i stworzył następującą tabelę stopniowania: *Padaczkowaci (epileptoidzi):* 1) padaczka utajona, 2) padaczka przewlekła, 3) obłąkanie moralne, 4) zbrodniarz urodzony, 5) zbrodniarz z namiętności, 6) zbrodniarz z przypadku i przyzwyczajenia.

To nadmierne rozszerzenie pojęcia padaczkowatości, oparte na dość powierzchownem zestawieniu nieprzesianego krytycznie materjału rozszerzyło całą teorję i sprowadziło typ zbrodniarza—padaczkowca do nicości.

Nowoczesne badania nad padaczką idą wręcz w przeciwnym kierunku. Z jakiegokolwiek bądź punktu widzenia zbliżać się do tematu padaczki, trudność polega właśnie na konieczności zwężenia tego pojęcia, na oddzieleniu padaczki swoistej, istotnej, wewnątrzpochodnej, od padaczek objawowych, zewnątrzpochodnych, a głównie od stycznych z padaczką stanów pogranicznych.

W związku z obrazem klinicznym padaczki, we wstępie rozważań kryminologicznych należy uwypuklić odrazu znaczenie dwóch ugrupowań: przemijających stanów wyjątkowych oraz stałych właściwości osobowości padaczkowej t. zw. charakteru padaczkowego. Zmiany epizodyczne będą to, jak wiadomo, przemijające stany pomroczne, lub zmiany dysforyczne nastroju. Charakter padaczkowy zaś zależnie od przewagi tych albo innych zespołów będzie miał piętno zwyrodnienia padaczkowego; będą go cechowały: egocentryzm, lepkość afektywna, późne występowanie i długotrwałość reakcyj afektywnych, przesadny pedantyzm i religijność; psychoruchowe zahamowanie, żmudna ociężałość postrzegania, zwolnienie kojarzeń, osłabienie pamięci, trudna oderwalność od tematu, jednostajność reakcyj psychicznych, utajona pobudliwość, wyładowująca się pod wpływem podniet zewnętrznych, drażliwość, wybuchowość, gwałtowność reakcji *(Kraepelin, Bleuler, Römer).*

Kryminalna patologja będzie zatem uwarunkowana przy padaczce przejściowemi zaburzeniami epizodycznemi lub słałym defektem psychicznym zarówno w dziedzinie uczuciowej, jak i intelek-

tualnej. Zaburzenia te będą kryminalnie ważne i podrzędne. Ważne będą przedewszystkiem stałe zmiany charakteru padaczkowego; ze zmian przemijających—dłuższe stany pomroczne i stany dysforyczne. Znaczenia kryminalno-patologicznego nie mają: typowy napad padaczkowy i niektóre chwilowe równoważki—zawroty głowy, petitmal, absence, po części narkolepsja.

Napad padaczkowy, aczkolwiek sam niema znaczenia kryminalnego, rzuca jednak światło patologiczne na dotkniętego nim osobnika i na tem polega jego sądowe znaczenie. Pozatem może on poprzedzać lub następować po stanach pomrocznych.

W związku z temi wywodami należy, według *Birnbauma*, odróżniać następujące typy przestępczości padaczkowej:

1, *Społecznie bierny typ padaczkowy.* Defekt uczuciowy i intelektualny charakteru padaczkowego w związku ze swoistą mu ociężałością i egoizmem powoduje skłonność do upadku społecznego, do społecznego staczania się. Z właściwościami psychopatologicznemi współdziałają tutaj momenty życiowe: trudność w zdobywaniu oraz wykonywaniu pracy oraz ograniczenie jej zakresu ze względu na niebezpieczeństwo odniesienia uszkodzeń. Przedstawicielami tego typu będą: padaczkowy włóczęga, padaczkowy żebrak i padaczkowa prostytutka.

2. *Brutalnie agresywny typ padaczkowy* jest uzależniony od przewagi cech zwyrodnienia padaczkowego w przeciwieństwie do typu poprzedniego, uwarunkowanego cechami otępienia. Jest to już nie typ bierny, aspołeczny, ale typ przeciwspołeczny z wyraźnem piętnem kryminalnem. Niezależnie od ogólnego otępienia uczuciowo-altruistycznego uwydatnia się tu t. zw. skaza wybuchowa (explosive Diathese—*Birnbaum*) i składająca się na nią wzmożona drażliwość, skłonność do idących zewnątrz podrażnień, do nienormalnych reakcyj afektywnych, a przedewszystkiem do bezmiernych wyładowań ruchowych.

Wynikiem trzech czynników: skazy wybuchowej, otępienia uczuć etycznych i braku zahamowań będzie właśnie skłonność do gwałtownych, impulsywnych wyładowań w dziedzinie uczuć i popędów pod postacią brutalnych i gwałtownych czynów—ciężkich uszkodzeń ciała, morderstw i zgwałceń. Reprezentantem tej grupy jest brutalny zbrodniarz epileptyk. Właściwości tego typu potęgują się jeszcze pod wpływem szkodliwych czynników zewnętrznych, w pierwszym rzędzie pod wpływem alkoholu.

Znaczenie kryminologiczne stanów padaczkowych przejściowych jest naogół podobne do znaczenia stałych zmian padaczkowych.

Wybuchowość i popęd do wyładowania ruchowego określają najczęściej i tu rodzaj przestępstwa. Uwydatnia to się najbardzięj w stanach pomrocznych, zależnie od natężenia zamroczenia świadomości, zaburzenia elementarnych funkcyj psychicznych i zniesienia zahamowań. Potrzebę bezpośredniego, agresywnego wyładowania się wzmaga charakterystyczna dla padaczki przewaga przykrych konstelacyj uczuciowych. To samo powodować mogą omamy lub urojenia o charakterze wrogim i pogróżkowym w połączeniu z przyćmieniem świadomości lub jej zamroczeniem, jak to bywa przy patologicznych reakcjach alkoholowych, spowinowaconych z padaczką.

Wreszcie znaczenie przestępcze przejściowych patologicznych zmian nastroju (Verstimmung) jest nieco mniejsze. Nastroje dysforyczne, idące z wewnątrz, jako wyraz dominującego w padaczce przykrego samopoczucia, opanowują chwilowo całą osobowość; mechanizm psychiczny samooswobodzenia się od napięcia tego nastroju sprowadza wyładowanie się nazewnątrz; w zakres tego rodzaju wyładowań wchodzą: czyny przymusowe, jak poriomania (w wojsku—dezercja), opilstwo okresowe (dipsomania), podpalenia, niektóre delikty płciowe (ekshibicjonizm) i inne. Inne epizody padaczkowe— splątania, omamice[1]) mają charakter przestępczy odnośnych zespołów psychopatologicznych z dodatkiem charakterystycznego dla padaczki agresywnego wyładowania ruchowego. Charakter zatem przestępczości w stanach padaczkowych przejściowych nie jest daleki od tego charakteru przy pewnych stanach padaczkowych stałych. Ogniwem łączącem obydwa te działy jest znów skłonność do nieopanowanego, brutalnego wyładowania się i skłonność do czynów przymusowych.

Dążność do jednostajności zaburzeń psychicznych u padaczkowych kryminologicznie wyraża się w typowej dla przestępczości padaczkowej rekapitulacji deliktów, w uwarunkowanej psychicznie z fotograficzną ścisłością—jak to określa *Birnbaum*—recydywie.

1. 29-letni robotnik w padaczkowem odrętwieniu powala dziewczynkę uderzeniem pięści w głowę, przypatruje się jej, łapie siekierę, którą miażdży jej głowę, uderza tą samą siekierą jakąś obecną kobietę po palcach, potem kilkakrotnie psa; następnie podnosi koszulę i pokazuje tylną część ciała jakiemuś robotnikowi, próbuje wyłamać jakieś sąsiednie drzwi—wreszcie zostaje po długich i dużych wysiłkach obezwładniony (*Jahn*).

2) Uczeń porzuca wypracowanie, bierze sztylet z pokoju ojca i wbija go 19-letniej służącej między łopatki (*Legrand de Saulle*).

---

[1]) hallucynozy

3. 42-letni wyrobnik rąbie w stanie pomrocznym na kawałki żonę wraz z łóżkiem, na którem leżała. Następnie biegnie on 10 kilometrów; po drodze odrąbał on głowę żebraczce, zakłuł księdza, zabił jakiegoś dorosłego osobnika, zranił jego żonę, zmiażdżył głowę 9-letniemu chłopcu i zakłuł jeszcze jedną osobę (*Legrand de Saulle*).

4. Syn właściciela winnicy Piednoir zjawia się o północy napół ubrany w domu ojca chrzestnego i oświadcza, że się tej nocy tęgo napracował. W domu znaleziono trupy jego rodziców z roztrzaskanemi kijem głowami (*w. Krafft-Ebbinga i Többena).*

5. 41-letni włościanin Spionzo rozbił żonie głowę kamieniem; ponieważ krzyczała, zatkał jej usta ziemią. Następnie pobiegł do domu sąsiada, tam schwytanym ożogiem zmiażdżył głowę jego żonie i trojgu dzieciom. Wreszcie skoczył z dachu na wysokości 6 metrów, mając zamiar lecieć ku niebu. *(Toselli i Zavatero).*

6. Robotnik idzie przez ulicę jedząc, pcha nożem w brzuch obcego przechodnia, idzie i zajada dalej *(Tardieu).*

7. 40-letni robotnik udaje się do lasu z sierpem, podrzyna szyję leśniczemu. Spokojnie zasypia u siebie, cały zwalany krwią. Obudzony o niczem nie wie (*Binswanger).*

8. 26-letni robotnik H. podrzyna nieznanej prostytutce gardło nożem aż do kręgosłupa. Stoi spokojnie i niedbale nad umierającą, poprawia sobie mankiety; gasi wniesioną lampę, nie robi jednak żadnych prób ucieczki; pozwala spokojnie zaaresztować siebie. Od młodości napady zawrotów głowy z nieprzytomnem postępowaniem i często z następczym snem. W wojsku — napady szału z agresją „na ślepo", urojeniami otrucia i religijnemi oraz następczą niepamięcią. Już raz poprzednio internowany. W czasie obserwacji napady zawrotów głowy z zamąceniem świadomości i omamami oraz napady stanów lękowych ze splątaniem. *(Siemerling).*

9. Pan młody zjawia się na sali pod rękę z bratem swoim, staje przed panną młodą, wyjmuje członek i onanizuje (*Tarnowski*).

10. Inny chory podczas proszonego obiadu nagle wydaje okrzyk, sztywnieje, onanizuje się i urynuje (*Voisin*).

11, 18-letni chłopiec przed pójściem spać chciał podpalić schody domu. Brak wszelkiego motywu. Przymus wyładowania się w tym czynie *(Hoche).*

12. 29-letni padaczkowy posądza swoją żonę, mieszkającą oddzielnie o niewiarę małżeńską. Pewnego dnia udaje się do niej i grożąc podpaleniem stara się ją skłonić do powrotu. Po odmowie wraca do siebie, zapala podobno lampę, siada i czyta książkę, co się dalej stało nie pamięta. Znaleziono go bez przytomności na palącym się strychu *(Moeli).*

13. 20-letni syn grabarza po dwóch napadach drgawek odkopał grób 8-letniej dziewczynki, zerwał pokrywę trumienki, wyjął ciało, położył na trumnie twarzą nadół i nakrył głowę koszulą. Ciało nie wskazywało na jakikolwiek motyw czynu. Stanv pomroczne i zwyrodnienie padaczkowe (*Kölle*).

Czy istnieją dla stanów patologicznych, w szczególności dla padaczki wyłącznie typowe rodzaje przestępstwa? Czy istnieje, jak to nazywa *Birnbaum* specjalna patognomonika deliktu? Czy sędzia, a tembardziej biegły lekarz może z samego charakteru czynu wyprowadzić pewny wniosek co do takiej lub innej patologicznej psychiki przestępcy? Czy z rodzaju deliktu można napewno wnosić, że sprawca jest osobnikiem padaczkowym?—Pytania te muszą otrzymać odpowiedź przeczącą. Jedno i to samo przestępstwo może być wynikiem różnych stanów patologicznych i odwrotnie różne przestępstwa mogą stać w związku z jednym i tym samym stanem chorobowym. Jeżeli jednak rodzaj przestępstwa nie jest bezwzględnem znamieniem (criterium) dla danego typu patologicznego, to jednak bywa on poza wszystkiemi zastrzeżeniami wskaźnikiem (indicium) dla tego stanu, jako przestępstwo upodobane (Prädilektionsdelikt). Tego rodzaju upodobane rodzaje przestępstw i upodobane typy kryminalne istnieją niewątpliwie *(Birnbaum)*. Dla padaczki zatem narówni z alkoholizmem i afektywnemi postaciami zwyrodnienia psychopatycznego predylekcyjnym typem kryminalnym będzie typ brutalnego i gwałtownego przestępcy. Do impulsywności i gwałtowności, jako cech przestępstwa trzeba będzie dodać jeszcze specjalnie dla padaczki i padaczkowatości moment nieoczekiwania, nagłości przestępstwa.

Ocena kryminologiczna stanów pogranicznych padaczki zależy od ich rozgraniczenia. *Redlich* odróżnia właściwe pogranicze padaczki i padaczkowatość (epileptoid). Do pierwszej grupy wchodzą *prawdziwe* napady padaczki, zdarzające się jednak raz jeden lub zaledwie kilka razy w życiu (mono—lub oligoepilepsja *Redlicha)*, lub też okresowo powracające krótkotrwałe zaburzenia świadomości; do grupy padaczkowatej należą napady *podobne* do padaczkowych: psychasteniczne drgawki *Oppenheima*, padaczka afektywna *Bratza*, padaczka reaktywna *Bonhöffera*. Wspólną ich cechą jest podłoże zwyrodnienia neuropsychopatycznego. Momenty psychorodne, działając na patologicznie wybujałą uczuciowość wywołują takie napady drgawek. Napady szału, które się zdarzają obok napadów drgawek w tych stanach stanowią przejście do padaczkowatości psychicznej, niezmiernie ważnej kryminologicznie i najwyżej częściowo wchodzącej w zakres

klinicznej padaczki swoistej. Do grupy padaczkowatej należą padaczkowaty psychopata i padaczkowaty urazowiec.

Typ padaczkowaty mieści w sobie obok cech psychopatycznych—niestałości, pseudologji, a na pierwszem miejscu skłonności do psychorodnego powstawania stanów chorobowych i do stanów psychorodnych wogóle, niektóre cechy swoiste padaczce: skłonność do napadowych bólów i zawrotów głowy lub innych objawów napadowo występujących, wzmożoną drażliwość z tendencją do gwałtownych wyładowań ruchowych, skłonność do lżejszych lub cięższych zamąceń świadomości, do nieumotywowanych dysforycznych zmian nastrojowych z czynami przymusowemi, do nietolerancji alkoholowej i patologicznych stanów upicia się.

Znaczenie kryminologiczne pogranicza padaczki daje się zatem streścić w sposób następujący:

1) stany pograniczne, przejawiające się jedynie w rzadkich napadach drgawkowych są bez znaczenia kryminologicznego.

2) padaczkowato-afektywne napady drgawek są wyrazem ogólnego usposobienia neuro-psychopatycznego. Nasilenie tego usposobienia jest rozstrzygające dla przestępczości, naogół bladej (niezrównoważeni, aspołeczni *Bratza)*.

3) padaczkowe typy psychiczne wchodzące w skład zwyrodnienia psychopatycznego są to typy o wysokiej przestępczości, jakościowo dorównujace przestępczości przy padaczce swoistej, a ilościowo ją znacznie przewyższające.

14. Szer. F. H. obarczony dziedzicznie: ojciec zmarł na rozmiękczenie mózgu, brat—w zakładzie dla umysłowo chorych, sam zawsze chorowity, rozwój umysłowy niżej normy, ze szkoły wystąpił z IV-ej klasy, rzemiosła się nie nauczył, musiał zarabiać jako prosty robotnik. Od dzieciństwa miewał krótkotrwałe, dziwne stany, w których się zachowywał „jak obłąkany".—W wojsku znany jako osobnik tępy, na którego kilka razy do roku nachodzą stany „nienormalne": na zwykłe, robione mu uwagi reaguje on wówczas nagle napadem szału; tak było w stosunku do sierżanta, który mu zwrócił uwagę, że pozostaje w tyle podczas marszu—raz musiał być nawet z tego powodu związany. Kiedyindziej musiał być siłą powstrzymywany od nieumotywowanego strzelania na wysuniętej placówce, które mogło narazić inne placówki na niebezpieczeństwo. W najlepszych razach miewa on chwile, kiedy nie wpadając w szał, zachowuje się bez powodu hardo i „nieprzytomnie" w stosunku do swoich przełożonych i kolegów. W czasie obserwacji szpitalnej wystąpiły również na jaw nagłe i zupełnie zzewnątrz nieumotywo-

wane zmiany nastroju—zdeprymowany, ponury, gniewny, wyładowuje się ruchowo gwałtownie, z przyćmionem, jakby sennem wspomnieniem po takim stanie; również miewa napady głośnej euforji, to znów napady lęku: blednie, ciężko dyszy, ma bicie serca, błędny wzrok; jest wówczas zupełnie niedostępny; raz podczas popisu orkiestry wojskowej w ogrodzie szpitalnym wpadł w tak niepohamowaną wybuchową radość, że rozpoczął zrzucać wszystko ze stołu na podłogę.—Ciężki psychopata ze stanami padaczkowatemi.

15. Z. O.[1]) oskarżony o kradzież i o zranienie żydówki w brzuch podczas stania w ogonku, o ciężkie uszkodzenie ciała dokonane na agencie policji śledczej oraz o zgwałcenie współwięźnia w więzieniu. Znany złodziej i awanturnik, postrach ludności, w wojsku—notoryczny dezerter.

W czasie obserwacji—niezmierna drażliwość i impulsywność, ciągłe scysje i konflikfy; w czasie podnieceń—groźny dla otoczenia. Usposobienie jego zmienia się chorobliwie „od wewnątrz", bywa wówczas mrukliwy, opryskliwy, dziwaczny, oporny—zaczyna biegać po korytarzu, poczem wybucha napad szału. Podniecenia bywają tak znaczne, że badany wyłamuje mocne drzwi i z trudem bywa obezwładniany. Czasem napadowa zmiana w usposobieniu polega jedynie na mrukliwości, uporze i dziwactwach. Pozatem—otępienie moralne i tendecje symulacyjne.—Psychopata. Niepoczytalny. Niebezpieczny dla otoczenia i dla obyczajności publicznej.

Następny przypadek zaczerpnięty jest z rzadkiego zakresu przestępczości w padaczkowym stanie sennym.

16) Chłopiec 15—letni, stolarz, zatrzymany zostaje w kinie podczas urynowania na środku sali. Wstąpił z robotą do kina, zasnął podczas wyświetlania obrazu. Nagle wstał skierował się w stronę barjery, oddzielającej muzykę od sali, rozpiął spodnie i zaczął oddawać mocz. W wywiadach dobre prowadzenie się, brak napadów drgawkowych lub równoważników, natomiast napadowe bóle głowy, zmuszające go do przerywania pracy *(Gelma)*.

Związek padaczki z alkoholem, czy to jako zadziałanie alkoholu na podłoże padaczkowe, czy też jako padaczkowate zabarwienie stanu upicia się wyraża się w wybitnej nietolerancji alkoholowej i w znaczeniu kryminologicznem tej nietolerancji z jednej strony,— z drugiej zaś strony w stanach napięcia psychicznego, powodującego okresy przymusowego opilstwa.

Nietolerancja alkoholowa, jak wiadomo, może powodować patologiczne reakcje alkoholowe różnego natężenia i różnej jakości,

[1]) *Nelken*—Orzeczenia, XIII.

w szczególności zaś wydzielony, jako niezmiernie ważny kryminologicznie, zespół chorobowy—patologiczny stan upicia się. Tak zwana padaczkowata (epileptoidalna) odmiana tego stanu odznacza się obok charakterystycznego zamroczenia świadomości—ciężkim nastrojem lękowym, lękowem nastawieniem ksobnem, omanami lub urojeniami prześladowczemi i tendencją do gwałtownego ruchowego wyładowania się. Typ przestępczy, jak z tego widać, niczem nie będzie się różnił od znanego przy padaczce typu brutalnego gwałtu.

17. 23-letni robotnik T. zamieszkujący przedmieście Paryża udaje się w odwiedziny do zamężnej siostry swojej w mieście. Wbrew zwyczajowi wypija trochę więcej wina. Jest trzeźwy. Odprowadzony przez rodzinę do najbliższego placu, idzie dalej sam w kierunku dworca kolejowego. Po drodze nagle, bez żadnego powodu uderza nożem w szyję nieznanego mu przechodnia. Zupełna niepamięć od chwili pożegnania się z rodziną do przebudzenia się nazajutrz na posterunku policyjnym. Nie mógł uwierzyć w to, że zranił kogoś nożem. Poprzednio — trzykrotnie w życiu napad drgawek z utratą przytomności. Często napady chwilowych zawrotów głowy *(Vallon)*.

Opilstwo przymusowe (dipsomania) jest popędowem samouwolnieniem się zapomocą alkoholu od stanu przykrego wewnętrznego napięcia. Przestępczość tego typu jest przestępczoćcią alkoholową, wchodzi ona częściowo w zakres wywoływanego alkoholem upadku społecznego, częściowo zaś daje przestępczość swoistą dla alkohoostrego (ostrego stanu upicia się).

Padaczka młodocianych pod względem przestępczości różni się nieco od padaczki dorosłych i wymaga w ocenie szczególnej ostrożności. Główny nacisk kładzie się tu znów nie na jawną, ustaloną padaczkę, ale na jej formy utajone (larvierte Epilepsie), na lekkie jej postacie z rzadkiemi i atypowemi stanami napadowemi (*Birnbaum*), na padaczkowate stany pograniczne — jednem słowem na padaczkowatość. Młodociani padaczkowaci są w mniejszym stopniu skłonni do czynów brutalnych w gwałtownem podnieceniu *(Vogt)*. Jednakowoż brak opanowania, drażliwość, popędliwość, eksplozywność stanowią i u nich o podupadaniu społecznem i ocieraniu się o przestępczość. Znaczna część włóczęgów z materjału *Bonhöffera* rozpoczęła życie przestępcze przed 25-ym rokiem życia, a wśród tych padaczkowaci stanowili 16%.

Natomiast w związku z przestępczością młodocianych należy pamiętać, że okres dojrzewania płciowego (od początku dojrzewania do lat dwudziestu paru) sam przez się jest pod względem psychicz-

nym i kryminologicznym okresem krytycznym i niebezpiecznym. Jest to okres „fizjologicznej małowartościowości psychicznej", „anormalnej normy" *(Düring)*: „juventus ipsa morbus" *(Moeli)*. Jednym z przykładów nierównoważenia w tym okresie jest popęd do ucieczek i włóczęgostwa, który właśnie tworzy punkt styczny z omawianym tematem. Również dla tego wieku swoiste są stany nastrojowe napięcia wewnętrznego z wewnętrznym niepokojem, lękiem i dążnością do samouwolnienia się od tego nastroju. Wpływy rozbudzonej fantazji, odnośnej literatury, kina i t. d. pomijam jako nienależące do niniejszego tematu.

Te strony chociaż występują może wyraźniej przy małowartościowości psychicznej nie mogą być kładzione na karb właściwej przestępczości patologicznej.

Stier podkreśla, że wędrowniczość, chodzenie na wagary i t. d. są to u dzieci wogóle dość częste objawy. W razie, jeżeli ucieczki stają się nałogowe, to kliniczna gradacja jest następująca: psychopaci, głuptacy, znacznie mniej padaczkowi, rzadko histerycy, najrzadziej prawdziwe psychozy.

Schröder odrożnia stany poriomaniczne na podłożu psychopatycznem lub padaczkowem u psychopatów z moralnym defektem, wreszcie u hyperfantastycznych psychopatów. Te ostatnie stany są ogólnie u dzieci znane i wyzyskane w literaturze (*Mark Twain* i t.d.).

Wśród kryminalnych młodocianych padaczka swoista ustępuje miejsca padaczkowości, czyli afektywno-epileptoidalnej psychopatji z psychorodnemi stanami wyjątkowemi (*Birnbaum)*.

Obraz przestępczości padaczkowej nie byłby zupełnym, gdyby nie zwrócić uwagi na padaczkę w wojsku wogóle i podczas wojny w szczególności. Kilka momentów zasługuje tutaj na podniesienie. Przedewszystkiem, jak wiadomo, padaczka jest cierpieniem, eliminowanem ze środowiska wojskowego na samym początku służby wojskowej (pobór, wyszkolenie rekruckie): w pokojowych zatem warunkach może się ona przejawiać w środowisku wojskowem tylko wyjątkowo. Natomiast czas wojny przynosi ze sobą dużo czynników zewnętrznych, sprzyjających powstaniu padaczki lub pokrewnych reakcyj psychicznych: na pierwszem miejscu—uraz z padaczką urazową, jako skutkiem, dalej momenty emocjonalne i trudy fizyczne, zmniejszające wogóle odporność ośrodkowego układu nerwowego na bodźce zewnątrzpochodne (znana nietolerancja alkoholowa) i wewnątrzpochodne (przejawienie się np. utajonego usposobienia do padaczki). Jedno z najbardziej istotnych w wojsku przestępstw — dezercja i samowolne oddalenie się wysuwa odrazu zagadnienie kryminologiczne

popędu wędrowczego (poriomania), wogóle stanów chorobliwych (fugues, Fuguezustände) w szczególności i udział w nich padaczki; wreszcie i stany nastrojowe dysforyczne wyjątkowo rażąco występują na jaw w pewnych warunkach służby wojskowej.

Zdania, co do istnienia specyficznej padaczki wojennej są podzielone: istnieje pogląd, że mózg normalny nie reaguje na szkodliwości wojny padaczką *(Stiefler)*, istnieje jednak i pogląd przeciwny: zgodnie z wywodami *Redlicha* o zdolności mózgu do reagowań padaczkowych na silne bodźce wogóle, mają padaczkowe reakcje występować na wojnie analogicznie do reakcyj histerycznych (*Richter*).

Taka specyficzna padaczka wojenna ma zajmować miejsce pośrednie między padaczką swoistą a urazową. Ja osobiście wśród wielu tysięcy obserwacyj w czasie wojny światowej i polsko-bolszewickiej nie widziałem typowych reakcyj padaczkowych u osobników niepadaczkowych.

Padaczka swoista na wojnie ma pewne cechy odrębne: 1) rzadkość stwierdzenia typowego napadu, — napad bywa „wywnioskowany" (*Bonhöffer).* W szpitalu załogi w Wiedniu na 1.560 obserwacyj padaczki, typowy napad mógł być stwierdzony w 59 przypadkach *(Jellinek)*; 2) zaakcentowanie zmian psychicznych pomimo rzadkości napadów drgawkowych; 3) rzadkość stanów pomrocznych wewnątrzpochodnych w przeciwieństwie do obfitości zamroczeń reaktywnych, zwłaszcza psychorodnych: analogiczna z psychopatją częstość głębobokich zamroczeń w związku z intolerancją na alkohol, już ogólnie obniżoną przez samą wojnę; 5) obfitość zmian nastrojowo-dysforycznych, 6) obfitość stanów pogranicznych, stanów padaczkowatych, stycznych z psychopatją *(Bonhöffer, Stier, Hauptmann, Rosenfeld).*

Przedewszystkiem — znaczny przyrost padaczki urazowej: 3/5 uszkodzeń mózgu przed wojną powoduje zjawienie się padaczki na wojnie. Na wojnie 1/5 wyleczonych postrzałów głowy z uszkodzeniem kości daje w następstwie (przeciętnie po 5, a czasem i po 10 miesiącach) padaczkę urazową *(Jolly*). W 37% tych postrzałów jest ona pewną, w 6% prawdopodobną *(Voss*). Niektórzy autorzy idą w tym kierunku dość daleko, jak np. *Popelreuter* ze swem twierdzeniem „niema uszkodzenia mózgu bez padaczki". Jeżeli wziąć pierwszą lepszą statystykę, choćby *Eiselsberga* z Wiednia, to zranienia układu nerwowego wynoszą 10% całego materjału, a w tem 40% dotyczą mózgu (*Marburg*).

Pozatem rany postrzałowe głowy nie są jedyną postacią urazu mózgu na wojnie. Kontuzje z powodu wybuchu granatu, aczkolwiek częściej wywołują zmiany nerwicowe, mogą jednak być rów-

nież źródłem reakcyj padaczkowych. Często występują tu formy mieszane, znane pod dawnem określeniem histero-epilepsji, łącząc w sobie współrzędne objawy obydwu tych postaci chorobowych. Połączenie takie zresztą zdarza się i przy zranieniach głowy.

Typ kryminalny urazowo-padaczkowy naogół nie różni się psychicznie od padaczki swoistej: drażliwość, usposobienie eksplozywne, intolerancja alkoholowa, skłonność do patologicznych stanów alkoholowych stwarzają podłoże dla czynów przestępczych, znanych już przy padaczce swoistej. Przestępstwa te jednak przy padaczce urazowej nie są takie częste i są lżejsze *(Birnbaum)*. Przymieszka otępienia zależy od organicznych uszkodzeń mózgu.

18. Saper M. zbiegł ze szpitala bez żadnego powodu, zameldował się po dwóch dniach w odległej miejscowości. Nie zdaje sobie sprawy, poco to zrobił. Przed rokiem kontuzja i poparzenie przy wybuchu dynamitu. Od tego czasu bóle głowy i przemijające stany splątania. Apatyczny, ociężały w myśleniu, nużliwy, nadwrażliwy, miewa stany naładowania wewnętrznego, lęku i niepokoju z omamami i urojeniami prześladowczemi: wówczas ponury i groźny; po przeminięciu stanu—niepamięć. Psychoza urazowa. Niepoczytalny.

19. Pionier Gr. Obarczenie dziedziczne w kierunku psychopatji. Przed kilku laty spadł jako murarz z dwupiętrowego rusztowania; w lewej okolicy ciemieniowej mała, stara blizna z wzgłębieniem kości. Od czasu urazu stanu podniecenia po trzeźwemu i pod wpływem alkoholu. Wybitna nietolerancja alkoholowa. W chwilach szału zrywa i drze ubranie, tłucze wszystko w mieszkaniu, biega nago po ulicy, zdradza wówczas urojenia wielkościowe. Do szpitala dostarczony w napadzie szału, po którem nastąpił głęboki sen i niepamięć. Apatyczny, bardzo drażliwy; bezsenność, częste napady szału. Upośledzenie postrzegania i pamięci, ociężałość, senność, bóle głowy. Cielesne objawy nerwicowe, zwłaszcza nerwica serca.

20. Ogniomistrz Z., w cywilu pisarz, l. 29, oskarżony jest o przywłaszczenie sobie kwoty 960 zł. na szkodę skarbu państwa. Kwotę ową otrzymał jako podoficer kancelaryjny w celu popłacenia rachunków na mieście. Z tych pieniędzy podobno zgubił 200 zł. resztę zaś w liście odesłał wraz z dziećmi żonie, która międzyczasie, wskutek awantur w domu uciekła sama do rodziców. Sam on na drugi dzień zameldował w dowództwie, że całą sumę zgubił. Żona po otrzymaniu listu wróciła, popłaciła długi w sklepikach i część sumy złożyła na książeczkę oszczędności. Dowiedziawszy się o zwolnienie ze służby czynnej, począł znów żonie robić awan-

tury, czem spowodował ucieczkę jej do sąsiadów. Zauważywszy nieobecność żony, spalił w piecu wszystkie jej rzeczy, o czem potem nie wiedział. Żona wraca zostaje spalone rzeczy i powiadamia pułk o istocie sprzeniewierzenia. Ogniomistrz Z. znika z pułku, przesyła z drogi list podpisany przez fikcyjnego żandarma, zawiadamiający o oddaniu się w ręce sprawiedliwuści—w rzeczywistości zaś zgłasza się z samooskarżeniem do żandarmerji w mieście X.

Ogniomistrz Z. nie pochodzi z rodziny dziedzicznie obarczonej, rozwijał się prawidłowo, był zawsze zdrów. W 1918 r. na włoskim froncie uległ przysypaniu ziemią wskutek wybuchu granatu, stracił przytomność, stracił mowę i leczył się w szpitalu przez $1^1/_2$ miesiąca. Od tego czasu cierpi na bóle i zawroty głowy, na rozstrój nerwowy, na przemijające zamącenia świadomości po przepracowaniu, zmęczeniu lub po przejściach affektywnych; po zamąceniach pozostaje zupełna luka pamięciowa. Ponadto istnieje u niego od tego czasu wybitna nietolerancja alkoholowa; po małej dawce alkoholu wpadał w szał, gryzł i rwał zębami własne ciało do krwi, kaleczył się nożyczkami, bił głową ościanę. Świadkowie podają, że w 1927 r. wyjechał on samowolnie i nagle do Warszawy, skąd nadesłał dwa telegramy: w pierwszym prosił, aby nikomu nie oddawać prowadzonego przez niego działu, w drugim — że staje do raportu do Marszałka z prośbą o dwuletni urlop do Ameryki w celach zarobkowych. Po trzydniowym pobycie w Warszawie wrócił, był jeszcze przez kilka dni dziwaczny i nerwowy. Wzburzony niesnaskami rodzinnemi, wsiadł na pociąg i pojechał. Pobytu swego w Warszawie zupełnie nie pamiętał. Potem zachowywał się normalnie. Po jednej z ucieczek żony woził on na tęgim mrozie dzieci przez kilka godzin naokoło miasta pod pozorem umieszczenia ich w przytułku, tak że dzieci całkiem skostniały. W dniu przesłuchania przez dowództwo pułku, po pierwszem swem zeznaniu, chodził on przez kilka godzin koło budynku z głową opuszczoną i rękami w tył założonemi, nikomu nie salutując, pomimo że zawsze miał wysokie poczucie dyscypliny wojskowej.

W czasie obserwacji szpitalnej jest pobudliwy, przygnębiony i skłonny do płaczu. Stwierdzone zostały u niego napadowo występujące bóle głowy. Raz podczas napadu bólu głowy, był przez kilka godzin niezorjentowany, wybierał się do pułku, bo czeka na niego zajęcie, wreszcie usnął; rano osowiały, pochmurny, stroni od otoczenia, nie pamięta nic ze zdarzenia w nocy. — Innym razem znów w związku z napadem bólu głowy jest zamroczony przez dwa dni: niezorjentowany w miejscu i czasie, majaczy że że jest w puł-

ku, to znów na włoskim froncie. Następczo — zupełna niepamięć. Miewa napady bólów głowy i to bez zamroczeń.—Badanie cielesne wykazuje: starą bliznę skórną na głowie, powiększenie tarczycy, osłabienie odruchów spojówkowych i gardzielowego, dermografizm czerwony, drżenie powiek i palców; spocone, wilgotne ręce; przyśpieszenie tętna; wzmożenie odruchów kolanowych.

Ogniomistrz Z. cieszył się w wojsku bardzo dobrą opinją. Charakter miał jednak nerwowy i gwałtowny. Należy podnieść złe pożycie jego z żoną z ciągłemi scysjami i wzajemnem zarzucaniem sobie zdrady małżeńskiej.

Orzeczenie stwierdza, że jest on osobnikiem psychicznie niezrównoważonym i neuropatycznym: po kontuzji w 1918 r. wystąpiły u niego napadowo silne bóle głowy, nietolerancja alkoholowa, stany zamroczenia świadomości i stany dysforyczne nastroju. Zmiany te występują u niego albo bez żadnego zewnętrznego powodu psychicznego, lub też są wywołane momentami psychorodnemi. Pozostaje po nich luka pamięciowa. Mają one albo charakter padaczkowaty albo histeryczny. Zmyślony list żandarma do pułku wkracza w dziedzinę pseudologji. Badanie cielesne wykazuje nadczynność tarczycy i objawy wegetatywne.

Sprzeniewierzenie nie zostało dokonane w stanie pomrocznym jednakowoż w stanie depresji, wywołanej wyjątkowemi okolicznościami pożycia małżeńskiego i ewentualnie zgubą części powierzonej mu sumy.—Poczytalność znacznie zmniejszona.

21. Inwalida O. 1.30, dawniej administrator folwarku, stracił posadę wskutek pobicia robotnika; obecnie przy rodzicach. Zawsze przy rodzicach zdrów. W 1916 r. ranny odłamkiem granatu w głowę i pierś, utrata lewego kciuka. — Operacja. Röntgen: w okolicy ciemieniowej prawej—ubytek kostny szerokości 1 cm. w kształcie półkola które otacza półwysep kostny wielkości 6 cm. + 8 cm. Stan po trepanacji czaski z utworzeniem płatu skórno-kotsnego. Szczelina trepanacyjna nie zarasta. — Niezmiernie przewrażliwiony i drażliwy, wybitne usposobienie wybuchowe, skłonność do depresji i do płaczu: odpowiada po długim namyśle, widać wysiłek na twarzy patrzy na pytającego z uwagą, odpowiadając ściska szczęki i napina mięśnie szyi.—Miewa napady drgawek, napady dychawicy i stany pomroczne. — Podczas napadu drgawek, pada na ziemię, pręży się, drgawki toniczne, wali głową o podłogę, oczy—szeroko otwarte, gałki oczne zwrócone ku dołowi i ku wewnątrz. Źrenice wąskie, sztywne na światło. Sinica.—Lub też: tarza się po podłodze, gryzie ręce, zgrzyta zębami. Brak piany, przygryzienia języka

i mimowolnego oddawania moczu. Końcowy sen. Po obudzeniu się często stan pomroczny. Napady drgawek występują i w nocy podczas snu. Trwanie napadu do 10 minut—stan drgawkowy składa się czasem z 8—10 napadów. — Miewa ciężkie napady dychawicy z dusznością i rzężącym oddechem, trwające nieraz po kilka godzin i ustępujące stopniowo po zastrzyku adrenaliny, i stosowaniu doustnie rozczynu chlorku wapnia. Napady dychawicy zdarzają się samorzutnie, poprzedzają napad drgawek lub następują po nim.

Stany pomroczne głębokie i burzliwe — zdarzają się u niego, niezależnie od drgawek, najczęściej po napadzie drgawek, rzadziej przed napadem. — Zrywa się z łóżka, drze pościel, szarpie łóżko, krzyczy i wymyśla, stawia silny opór otoczeniu, lub też biegnie z krzykiem naprzód, przeżywa sceny wojenne, wydaje rozkazy, walczy, przewraca łóżka, to znów prowadzi rozmowy z bratem lub przez urojony telefon z kolegami, załatwiają jakieś sprawy bankowe. Kiedyś w stanie zamroczenia świadomości chciał się powiesić, przyprowadzony do świadomości prosił, aby ostrożnie zdjąć wiszącego żyda.—Po napadach—depresja, płacz, bicie głową o ścianę, rozdrapywanie blizny pooperacyjnej na głowie. Niekiedy przesadnie podejrzliwy, zdradza urojenia prześladowcze („chcą go otruć"). Napady zawrotów głowy. W stanie podrażnienia zacinająca się mowa, natrętne mruganie i ziewanie, lewostronny tic twarzy, napięcie obu mięśni mostkowo-obojczykowo-sutkowych.

Cieleśnie: W płucach nieliczne rozsiane rzężenia średnio-bańkowe i świsty. W układzie nerwowym: grube drżenie głowy oraz kończyn, w lewych kończynach większe niż w prawych; trafianie „palec—nos" po lewej stronie gorsze. Odruchy ścięgnowe wzmożone, równe, odruchów patologicznych—brak. Przy próbie Romberga padanie wtył i naprawo. Obniżenie czucia bólowego na karku, na prawej połowie twarzy i na prawem udzie. Tętno—88—100 uderzeń na minutę.

Rozpoznanie: Padaczka (zaznaczony Jackson). Padaczkowo-urazowy charakter. Histerja pourazowa.

W padaczce na wojnie, pochodzenia nieurazowego daje się jednakowoż zawsze stwierdzić już przed wojną istniejące podłoże *(Bonhöffer)*, chociaż nie daje się zaprzeczyć pewien wpływ zewnętrznych momentów związanych z wojną *(Weygandt)*.

Te właściwości zmian padaczkowych niezależnych od materjalnego urazu na wojnie określa w myśl poprzednich wywodów i charakter związanej z nią przestępczości wojskowej.

W związku ze specyficzną przestępczością wojskową wystarczy krótka wzmianka dla wykroczeń przeciw subordynacji wojskowej.

Padaczka zajmuje tu trzecie miejsce po alkoholu i psychopatji. *Schmidt* w 96 analogicznych deliktach miał do czynienia z padaczką 5 razy.

Natomiast drugie kardynalne przestępstwo wojskowe—dezercja, względnie samowolne oddalenie się, ze względu na możliwe powinowactwa z pewnemi postaciami padaczki (epilepsia procursiva, automatisme ambulatoire, Fuguezustände) wymaga szerszego omówienia[1]).

Rzadko kiedy wyraźna choroba psychiczna lub nawet przemijający stan pomroczny leżą u podstawy dezercji. *Stier* stawia na pierwszem miejscu psychopatję, niedorozwój i alkohol. *Schmidt* wśród 50 przypadków dezercji, znalazł padaczkę 7 razy, na drugiem miejscu po psychopatji, ponadto pograniczne stany „zbiegostwa" (Fugnezustände)—w 5 przypadkach.

Stany chorobliwie uwarunkowanej ucieczki zdarzają się przy wszystkich prawie psychozach i psychonerwicach poza padaczką. Specjalne stany ucieczkowe określa *Heilbronner,* jako powstające nie wskutek stałego rozstroju psychicznego, lecz wskutek nagłych momentów chorobowych. Co do tych właśnie stanów wysuwa on następujące wnioski: 1) $^1/_5$ wykazuje pewne zaburzenia padaczkowe, 2) luki pamięciowe nie różnią się niczem w tej grupie od analogicznych zaburzeń przy ucieczkach popędowych na innem tle, 3) ilościowo zaburzenia histeryczne są tu znacznie częściej zeprezentowane niż zaburzenia padaczkowe, 4) *rozpoznawanie padaczki wyłącznie na podstawie napadowo występującego popędu do ucieczki, przyjmowanego za równoważnik, jest niedopuszczalne,* 5) ucieczki te w przeważającej większości muszą być traktowane jako *chorobliwa reakcja osobników psychopatycznych na stany dysforyczne,* 6) ocena sądowa tych ucieczek nie powinna opierać się na pojedyńczym fakcie, ale na stałym stanie psychicznym, jako podłożu. *Heilbronner* zatem nie widzi zasadniczej różnicy pomiędzy wędrownictwem padaczkowem i niepadaczkowem. Pozatem twierdzi on, że pomiędzy planową, obmyśloną, a bezcelową, psychotycznie uwarunkowaną dezercją istnieją raczej płynne stopniowania niż ostra granica.

---

[1]) Znane w piśmiennictwie są dalekie podróże, dokonywane w drugotrwałych nieraz stanach pomrocznych. Chory *Lasègues'a i Legrand de Saulle'a* wsiadł na okręt w Hawrze, a przyszedł do siebie dopiero w Bombaju. Chory *Donatha* ocknął się w New Yorku, chory *Siemerlinga* podróżował z Berlina do Amsterdamu, chory *Köppena*—z Paryża do New Yorku; robotnik *Burgla* w ubraniu robotniczem z narzędziami wsiadł na pociąg i pojechał do Szwajcarji i t. d. Tego rodzaju przypadki są jednakże bardzo rzadkie i ich padaczkowy charakter winien być każdorazowo ściśle dowiedziony.

Schultze podkreśla wewnętrzną genezę dysforji w stanach ucieczki u padaczkowych w przeciwieństwie do zewnętrznego, reaktywnego uwarunkowania u niepadaczkowych. *Raecke* dzieli ucieczki padaczkowych na 1) włóczenie się w stanie pomrocznym, 2) w dysforycznym nastroju padaczkowym, 3) popędowe ucieczki przy charakterze padaczkowym. *Gruhle* odróżnia: 1) zamiłowanie do wędrowania u urodzonego włóczęgi, 2) popędowe uciekanie w stanie dysforycznym i 3) reaktywną ucieczkę przewrażliwionych.

Ostanie wreszcie przestępstwo specyficznie wojskowe — samouszkodzenie — ma najmniej styczności z padaczką. Może się jednak zdarzać i przy niej wyjątkowo.

2. Szer. S. T.[1]) oskarżony o samouszkodzenie, a mianowicie o wywołanie u siebie napadów padaczki przez picie moczu. Przyjęty do szpitala w ciężkim napadzie mocznicowym, w stanie nieprzytomnym; pił prawdopodobnie mocz przez kilka dni. W wywiadach rzadkie napady padaczkowe od r. 1923, występujące serjami. W czasie obserwacji sądowo-lekarskiej nie było napadu. Rozpoznanie: Padaczka. Stan pomroczny. Niepoczytalny.

Związek padaczki z alkoholem podczas wojny tworzy błędne koło: poza czynnikami ogólnymi, sprzyjającemi nadużywaniu alkoholu (chęć rozgrzania się, zwalczenia zmęczenia, dodania sobie odwagi i t. d.), padaczkowe stany dysforyczne stwarzają pociąg do picia, alkohol zaś nietolerowany wywołuje głębokie zaburzenia psychiczne, niezmiernie ważkie kryminalnie.

Zależnie od rasy i od wyjątkowo specjalnych warunków wojskowych znane są również i niektóre stany dysforyczne specjalne. Tak *Amok* np. wśród malajczyków — nagłe i nieumotywowane wybieganie z nożem na ulicę i dźganie nim przypadkowych przechodniów, *Cafard*—w Legji Cudzoziemskiej polega na napadowych okresach nostaglji, powodujących nierozważną i nieobmyśloną ucieczkę lub samobójstwo. I te dysforje nastrojowe należą najczęściej do stanów pogranicznych.

3. Szer. S. I. 34, rolnik. Samowolne oddalenie się. Postawiony na warcie zniknął przed zmianą. Zjawił się sam po 5 dniach; podał, że nie wie dlaczego zeszedł z warty; przyszedł do siebie daleko od posterunku z powodu bólu w nogach; po zdjęciu butów zauważył, że ma obrzęki i podbiegnięcia krwawe na nogach; zawrócił z powrotem do kompanji. W wywiadach—moczenie nocne do 12-go roku życia. Brak napadów. Od 6 lat cierpi na napady bezplanowego

[1]) *Nelken*—Orzeczenia XL.

uciekania z zupełną niepamięcią następczą, co się zdarza raz lub dwa razy do roku. Pozatem miewa absenc'e traci nagle wątek rozmowy i po chwili wraca do przytomności. Napady stwierdzone przez świadków. Dobra opinja w wojsku (*Schmidt*).

24. Szer. Z. O[1]). oskarżony o dezercję, uczestnictwo w fałszowaniu dokumentów i ucieczkę z aresztu, zostaje odstawiony z więzienia do szpitala, wskutek nagłego zasłabnięcia z podejrzeniem na zatrucie. Nazajutrz dostaje na oddziale chorób wewnętrznych napadu szału: nieprzytomny, krzyczy, wykonywa gwałtowne ruchy, skacze do okna, rani się odłamkami szkła w stopę. Przeniesiony na oddział psychjatryczny. W wywiadach—alkoholizm, kiła, pobyt w zakładzie dla psychicznie chorych. Liczne stare blizny skośne na głowie, na piersiach szereg świeżych długich zadrapań. Obfita wydzielina ropna z cewki moczowej. Tryprowe zapalenie obydwu spojówek ocznych wskutek tarcia oczu wydzieliną z członka. Typowe napady drgawek padaczkowych. W przerwach między napadami—ociążały, senny, drażliwy, otępiały. Pewnej nocy — nagle nieprzytomny; podniecony, podarł bieliznę, płakał, śpiewał, chciał się powiesić w ustępie, całował drugiego chorego, bezposrednio potem chciał go udusić; innym razem wiesza się w zamroczeniu na kracie okiennej, na oderwanym pasku od szlafroka. Po odcięciu wkrótce—napad drgawek; jeszcze kiedyś—nieprzytomny, podniecony, włazi na piec, w kilka godzin potem—napad drgawek. Orzeczenie: ciężki psychopata, alkoholik i epileptyk. Niepoczytalny. Niebezpieczny dla otoczenia i dla siebie.

Aczkolwiek sprawa patogenezy padaczki nie jest dotychczas jednolicie rozstrzygniętą, to jednak znaczenie kryminologiczne rozmaitych stanów padaczkowych, bez względu na patogenezę jest mniej więcej jednakowe i różni się najwyżej między sobą ilościowo. Przestępstwa natomiast zależnie od padaczkowych lub padaczkowatych zmian charakterologicznych występują w sposób jaskrawy obok padaczki i u padaczkowatych psychopatów, powinowactwo których z padaczką właściwą istnieje pozornie, bynajmniej jednak nie jest dowiedzione. Najnowsze badania nad konstutucją psychofizyczną powinni roztrzygnąć tę nieobojętną dla etjologji kryminalnej sprawę wspólności lub odrębności typów padaczkowego i padaczkowatego.

Jak wiadomo, sam *Kretschmer* prawie pominął zupełnie zagadnienie padaczki ze względu właśnie na trudność wydzielenia, zwłaszcza przy badaniach m_sowych, padaczki swoistej z masy innych

---

[1]) ***Nelken***—**Orzeczenia XLI.**

padaczek zewnątrzpochodnych. Badania jego i dalszych autorów *(Delbrück, Mauz, Rhoden, Gründler, Zieliński* i inni) podkreślają powinowactwo padaczki z typem atletyczno-dysplatycznym, z bardzo rzadkim udziałem pikników. W ogólnych zarysach istnieje zatem wspólność konstytucji fizycznej dla padaczki i schizofrencji. W odróżnieniu od schizofrenji podkleśla *Delbrück* przy padaczce częstość typu atletycznego nalanego w przeciwieństwie do mięśniowego i odwrotny niż przy schizofrencji stosunek ilościowy leptosomów do atletyków. Epileptyk jest tęgi, grubo zbudowany; wszystko, co jest delikatne, miękkie, drobne jest mu obce.

Ostatnio *Kreyenberg* stwierdza również na materjale, składającym się z 700 padaczkowych, przewagę typów atletycznego i dysplastycznych, rzadkość leptosomów i leptosomo-atletyków i prawie zupełny brak pikników.

Poza badaniami nad konstytucją cielesną odróżnia *Kretschmer* w związku z padaczką dwa zespoły psychiczne: 1) zespół nadspołeczny (hypersoziales Syndrom) i 2) zespół wybuchowy (explosives Syndrom). Zespół nadspołeczny ma być dla padaczki istotnej charakterologicznie właściwym. Jak wykazuje sama nazwa taki charakter padaczkowy usposabia raczej przeciwkryminalnie. Za cechy tego zespołu uważa *Kretschmer*: lepkość, ociężałość, łatwowierność, słodkawość, bigoterję, szczegółowość, pedanterję, egocentryzm. *Mauz*— brak swobody wewnętrznej, trzeźwość, obcość, wąskość i nie samodzielność poglądów, brak elastyczności psychicznej. Tutaj należy i ogólne skrępowanie psychiczne (Gebundenheit—*Delbrück*). Ten zespół charakterologiczny tworzy pewną okrojoną, elektywną część t. zw. zwyrodnienia padaczkowego. Należy tutaj typ przesadnie solidnego, obowiązkowego i pedantycznego urzędniczka lub wrosłego w ziemię i trzymającego się jej pazurami, nierozerwalnego z tradycją chłopa *(Mauz)*.

Drugi zbiór objawów — wybuchowy (*Römer, Kretschmer*) będzie miał ze względu na uwidocznione w samej nazwie spotęgowaną drażliwość i nieopanowanie afektywne, jako kardynalne cechy charakteru, pierwszorzędne znaczenie kryminalne. Będą to usposobienia grubjańskie, brutalne, naładowane, wybuchowe ze skłonnością do ciężkich wybuchów afektywnych, do pijaństwa, do nietolerancji alkoholowej, patologicznych stanów upicia się i reaktywnych ucieczek.

Pierwszy typ będzie się różnił od schizofrenji brakiem autyzmu i wewnętrznej psychaestycznej wrażliwości: niektóre cechy jak np. drażliwa samotność (einsiedlerisch—empfindsam—*Krisch*) tworzą linję styczną ze schizoidem; drugi typ—typ wybuchowy (padaczkowość, epileptoid) przecina się z histerją i zwyrodnieniem psychopatycznem.

Kretschmer i Mauz podnoszą bardziej dysglandularny charakter padaczki swoistej. Typ rozpatrywany ma posiadać w przeciwieństwie do bladej cery prawdziwego padaczkowca t. zw. naczynioruchową niedomogę w obrębie głowy (kopfvasomotorische Insuffizienz — *Kretschmer*), polegającem na niedostatecznem wyrównaniu bodźców naczynioruchowych, działających na głowę; są to: nadwrażliwość na gorąco i alkohol, nadmierne uderzenia krwi do głowy, trudno ustępujące zaczerwienienie twarzy po schyleniu się i t. d.). Zmiany te są znane przy urazowem osłabieniu czynności mózgu i początkującej miażdżycy tętnie. Rzadziej zdarzają się wagotonicy z napiętą, zgniło-żółtą cerą.
Niektórzy autorzy uznają biologiczną przynależność padaczkowatości do padaczki istotnej *(Luxemburger)*, inni znów stwierdzają łączność jej z histerją. *Kretschmer* rzadko widzi u padaczkowatych prawdziwą padaczkę, *Kleist* nieco częściej. *Römer* odróżnia dwie odmiany: 1) spokrewnioną z padaczką (w tem i opilstwo okresowe), 2) typ brutalnego, drażliwego egoisty z niepohamowanemi afektami, który zbliża się do histerji. Również i opilstwo okresowe nie tworzy jednolitej grupy: mają się na nie składać padaczka, histerja, psychopatja, a nawet formy cyrkularne.

Römer jako cechy padaczkowate wymienia: wybuchowy gniew, silne podniecenie ruchowe i skłonność do okresowego opilstwa. Na podstawie badań genealogicznych nad padaczkową konstytucją znajduje on typy padaczkowate w historjach rodzinnych *prawdziwych* padaczkowych. *Hoffmann* zaś wykazuje genealogicznie skrzyżowanie ze schizofrencją.

W przeciwieństwie do *Kretschmera Delbrück* uważa, że linja graniczna pedaczki nie przechodzi pomiędzy zespołem nadspołecznym a wybuchowym, a raczej przez środek zespołu wybuchowego, dzieląc go na dwie części. Część tego zespołu, odznaczająca się znaczną stygmatyzacją ze strony układu wegetywnego należy do histerycznej psychopatji, druga część jednak bezsprzecznie jest natury czysto padaczkowej i daje się wydzielć zarówno od schizofrenji jak i od histerji. Przy różniczkowaniu ze schizofrenją należy pamiętać o trafnem określeniu *Bleulera*: schizoid rozszczepia za dużo, syntonik — w sam raz, epileptyk — za mało. Psychika padaczkowata jest to mocna, zwarta jedność. W odróżnienio od histerji podkreśla *Delbrück*: wybuchowy histeryk gra na swoich afektach, wówczas kiedy afekty grają na wybuchowym padaczkowatym.

Punktem wyjścia dla wydzielenia charakteru epileptoidalnego lub epileptotymicznego winna być psychoza padaczkowa, analogicz-

nie do badań nad cyklotymją i schizotymją. Jedynie *całość* charakterologiczna, obserwowana w psychozie winna wchodzić w skład charakteru epileptoidalnego. Skrępowanie psychiczne (Gebundenheit), popędowość (gietrieben werden) nie są to cechy dwóch odmiennych typów, ale jednego i tego samego typu padaczkowatego: popędowość musi właśnie współistnieć ze skrępowaniem psychicznem a charakter padaczkowy waha się między tema dwoma biegunami (skrępowanie—popędowość), analogicznie do dwubiegunowości przy cyklo- i schizotymji.

Mauz znajduje zespół wybuchowy u właściwych padaczkowych jedynie w okresach napadów, w innym czasie przeważa u nich skrępowanie.

Tylko wówczas zatem zespół wybuchowy może być uważany za padaczkowy, jeżeli jest on wynikiem wewnętrznego napięcia i wyładowania bez rozszczepienia i autystycznego chłodu oraz jeżeli współcześnie z nim lub po nim dają się wykryć cechy ociężałości, trudnej oderwalności i skrępowanią wewnętrznego.

Kreyenberg znalazł charakter padaczkowaty (wybuchowy) w niecałej jednej trzeciej swego materjału, składającego się z chorych ciężkich, wymagających opieki zakładowej. Podział na obydwie grupy charakterologiczne *Kretschmera* przedstawia się wśród jego 337 przypadków padaczki swoistej, jak następuje: charakter padaczkowaty — 129 przypadków — 38,2%; padaczkowy — 268 przypadków— 61,8%. Znajduje on dalej: przy charakterze padaczkowatym znaczniejsze powinowactwo do typu atletycznego z przewagą form ociężałych i nalanych, natomiast przy charakterze padaczkowym—przewagę typów dysplastycznych; u padaczkowatych — późne występowanie pierwszych napadów, wówczas kiedy padaczkowi cierpią na napady nierzadko od wczesnego dzieciństwa (69%); wśród padaczki istnieje pozatem większa tendencja do otępienia; u padaczkowatych wreszcie — objawy naczynioruchowe i histeryczne.

Rozważunia te, które musiały być nieco obszerniej podane są pierwszorzędnej wagi dla kryminologicznej oceny padaczki. Decyduje właśnie o tem spór o przynależność padaczkowatej wybuchowości do padaczki. Jeżeli zespół wzbuchowy, jak to należy przyjąć jeszcze przy obecnym stanie wiedzy, wyrasta daleko poza ramy padaczki, przestępczość padaczkowa musi być znacznie ograniczoną, a charakter padaczkowy będzie się odznaczał, przy pewnej konstelacji, nawet cechami przeciwkryminalnemi (hypersoziales Syndrom). Jeżeli zaś przeciwnie część choćby zespołu wybuchowego wejdzie

do grupy padaczki, przestępczość padaczkowa odrazu niepomiernie wzrośnie.

Jak widać z dotychczasowych badań wyjaśnienie tej kryminologicznie tak bardzo ważnej sprawy nie nastąpi wyłącznie na drodze rozważań psychopatologicznych. Należy spodziewać się, że dalsze badania nad konstytucją psychofizyczną i badania genealogiczne posuną tę sprawę naprzód, chociaż i tu, jak widać z dotychczasowych badań w tym kierunku, jest dużo trudności.

W każdym razie od rozstrzygnięcia tej sprawy zależy w znacznym stopniu fizjognomja kryminalna padaczki, jako takiej.

A kiedy mowa o konstytucji, to należy się zastanowić, czy dotychczasowe badania w tym kierunku nad przestępcami nie rzucają pewnego światła na kryminalnych padaczkowych, chociaż o ile mi wiadomo, bezpośrednie badania w tym zakresie są prawie żadne.

Jak wiadomo, pod względem konstytucji, fizycznej padaczkowi mają budowę ciała leptosomiczno-atletyczno-dysplastyczną („L-A-D") analogiczną do schizofrenji z różnicą jedynie w ustosunkowaniu wewnętrznem.

Badania *Michela* wykazały wśród 225 ciężkich przestępców więzienia karnego w Grazu:

budowę „L—A—D" — 89%
budowę „P"[1]) — 11%

Wśród przestępców zatem przeważa typ fizyczny „L—A—D". Jest to ta sama grupa fizyczna, która przewaza przy schizofrenji i padaczce.

Rhoden zbadał sam konstytucję fizyczną 150 psychicznie normalnych przestępców w Halli i 91 psychicznie chorych ciężkich przestępców w Nietleben. Po dodaniu powyższej statystyki *Michela* w Grazu (225 normalnych przestępców) oraz w Kolonji (100 normalnych przestępców) uzyskamy materjał 566 przestępców układa się w następującą tabelę:

---

[1]) Pikniczną.

Budowa ciała	Nietleben 91 psych. chor.	Halla 150 norm.	Graz 225 norm.	Kolonja 100 norm.	Razem 566
Leptosomi	25—27,5%	54—36%	48—21,3%	17%	144—25,4%
Atletycy	26—28,5%	42—28%	86—38,2%	30%	184—32,5%
Piknicy	8—8,8%	8—5,4%	10—7,1%	6%	38—6,7%
Dysplastycy	13—14,4%	3—2%	6—2,7%	—	22—4%
Mieszani lept.-atl.	6—6,5%	21—14%	60—26,7%	13%	100—17,7%
atlet-pikn lept. pikn.	4—4,4%	3—1,3%	9—4%	4%	19—3,3%
Nietypowi	9—9,9%	10—13,3%	—	30%	59—10,1%

Rhoden wyprowadza stąd następujące wnioski:

1) wśród przestępców piknicy zdārzają się nadzwyczaj rzadko,
2) atletycy przeważają nad leptosomami.

Ustosunkowanie się liczbowe poszczególnych typów ludności normalnej środkowych Niemiec, psychicznie chorych i kryminalnych przedstawia się jak następuje (*Rhoden*):

	L leptos.	A atlet.	P piknicy
Normalni	50	30	20
Kryminalni	40	50	10
Psych. chorzy:			
500 schizofr.	66	28	6
100 epilept.	33	67	0
130 manj. depr.	9	3	88

To zestawienie porównawcze wykazuje, że dla budowy ciała przestępcy charakterystyczną jest znaczna przewaga typu atletycznego i rzadkość typu piknicznego. Dalej formuła przestępcza ze względu na obfitość form atletycznych zbliża się do formuły padaczkowej. Istnieje zatem powinowactwo między budową ciała przestępcy i padaczkowca (*Rhoden*).

Rhoden przeprowadził dalej badania recydywą na materjale 210 psychicznie chorych i zdrowych przestępców w Nietleben pod Hallą.

Według tych badań na 1 przestępce przypada deliktów:

1) przy budowie „L—A—D", i psychice normalnej — 4
2) „ „ „ „ nienormalnej 6
3) przy budowie piknicznej 1—2

Grupa „L—A—D", do której należa padaczkowi jest grupą przestępców - recywidystów: należą do niej przestępcy nałogowi i niepoprawni.

Badania te dokonane dotychczas na zbyt małym materjale i bez specjalnego uwzględniania przestępców wyłącznie padaczkowych stwierdzają jedynie z całą pewnością, że padaczkowi analogicznie do schizofrenów, wchodzą w skład konstytucji fizycznej, specjalnie często zdarzającej się wśród nałogowych i niepoprawnych przestępców.

Dane statystyczne, dotyczące padaczki kryminalnej i związanych z nią deliktów są różne, zależnie od okoliczności i warunków obserwacji: miasto i wieś, obserwacja sądowo-lekarska w śledztwie, internowanie w zakładzie na mocy wyroku sądowego (§ 39 u II. K. K.), przestępczość w wojsku podczas pokoju lub w czasie wojny wpływają na zmianę tych danych.

W klinice prof. *Forela* w latach 1881—95 wśród 120 orzeczeń w śledztwie padaczkowi tworzyli 13 przypadków, (9 m. 4 K.) 10,8%.

Chorzy padaczkowi tworzą w naszych zakładach dla psychicznie chorych 5—7, 5% ogólnego stanu chorych. Padaczka kryminalna w zakładzie w Kobierzynie, który nie przyjmuje chorych kryminalnych na obserwację sądowo-lekarską, tworzyła w r. 1925—3%— wszystkich kryminalnych (1 padaczka na 35 kryminalnych), w latach zaś 1926 i 1927 nie było jej wśród kryminalnych wcale. W sprawozdaniu z zakładu w Tworkach, który ma materjał sądowo-lekarski obserwacyjny, za r. 1925 wśród 74 orzeczeń sądowo-lekarskich 2 opinje (2,7%) jedynie dotyczą padaczki. W okresie od r. 1920 do 1926 włącznie w Tworkach 30 przypadków padaczki kryminalnej tworzyło 12, 75% wszystkich leczonych padaczkowych, a 5,6% wszystkich chorych kryminalnych. Według podziału na rodzaje przestępstw—pozbawienie życia tworzyło 43% tych przypadków; kradzież, rozbój i wymuszenie—33%.—W zakładzie w Kulparkowie w latach 1903 — 1912, latach wielkiego przepełnienia tego zakładu chorymi kryminalnymi wśród 356 chorych tej kategorji padaczka stanowiła na podstawie moich obliczeń 49 przypadków, czyli 13, 8% i zajmowała trzecie miejsce po schizofrenji i niedorozwoju. Rodzaje przestępstw ilościowo układały się w następującej kolejności: podpalenie, pozbawienie życia, ciężkie uszkodzenie ciała.

Dalej według mojej statystyki wojskowej ze Szpitala Załogi we Lwowie za czas od r, 1915—1917 t.j. za czas wojny światowej wśród 590 przypadków sądowych w śledztwie było 17 przypadków padaczki swoistej kryminalnej czyli 2, 3%—zajmuje ona siódme

miejsce poza schizofrenją, psychopatją, niedorozwojem, alkoholizmem, psychozą manjakalno—depresyjną i nerwicami.

Druga moja statystyka wojskowa—statystyka przypadków kryminalnych obserwowanych w śledztwie w Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie w latach 1919—25 włącznie składa się z 350 przypadków; padaczka swoista reprezentowana jes jedynie pzez 6 przypadków, czyli 1, 7%: zajmuje ona znowu dalekie miejce poza psychopatją, niedorozwojem, alkoholizmem, schizofrenją a nawet stoi poza nerwicami.

Z zestawień tych wynika, że przestępczość przy padaczce swoistej jest ilośćciowo nieznaczna, w przeciwieństwie do przestępczości przy psychopatrji, łączącej w sobie reakcje padaczkowate.

Ocena lekarska padaczki przed sądem niezawsze bywa rzeczą prostą, zarówno w stosunku jej do zagadnienia poczytalności, jak i w stosunku do wartości rozstrzygającej pewnych jej zespołów, tworzącycych podstawę rozpoznawania sądowo-lekarskiego.

Padaczka, rozpoznana przed sądem, nie przesądza zupełnie niepocztalności sprawcy. Chory padaczkowy znajduje się stale, jak powiada *Wollenberg*, na progu choroby psychicznej. nie musi on w życiu przekroczyć tego progu ale może go przekroczyć każdej chwili. Najlżejszy epileptyk—mówi *Bleuler*—jest w stanie pomrocznym ciężko psychicznie chorym człowiekiem, a w stanie znaczniejszego otępienia lub zwyrodnienia padaczkowego niczem się nie różni w stosunku do niepoczytalności od każdego innego psychicznie chorego „chronika". I odwrotnie: są, jak wiadomo, zdeklarowani padaczkowi, którzy przez całe życie oprócz rzadko występujących napadów drgawkowych nie wykazują żadnych innych ani stałych ani przemijających zaburzeń padaczkowych. Poczytalność tego rodzaju padaczkowych w okresach międzynapadowych, zwłaszcza w stosunku do przestępstw nieafektywnej natury (np. przestępstw przeciw własności) — nie może być kwestjonowana. Osobnik, który w stanie pomrocznym podpala dom lub na ulicy wbija nóż w plecy przypadkowemu przechodniowi będzie zupełnie niepoczytalnym. Padaczkowy bez patologicznych zmian charakteru, który z rozmysłem dokonywa kradzieży, będzie za ten czyn odpowiedzialny. Może się nawet zdarzyć, że jeden i ten sam chory na padaczkę będzie niepoczytalnym lub poczytalnym, zależnie od tego, czy popełnił on zabójstwo, czy też np. nałogową kradzież (*Cramer*). Znajdzie tu zastosowanie t. zw. niepoczytalność częściowa. — Może się zdarzyć wreszcte, że padaczkowy planuje przestępstwo w stanie „normalnym", a wykonywa je w stanie pomrocznym. Należy go uznać za

czyn taki niepoczytalnym (*Bleuler*): w stanie zwykłym posiadał on właśnie te zahamowania, które wstrzymywały go od wykonania czynu, a które odpadły w stanie pomrocznym; stan chorobowy jest tu zatem rozstrzygającym.

W każdym razie, jak słusznie to formułuje *Hoche*, ilość padaczkowych, których można uznać przed sądem za zupełnie poczytalnych, nie będzie wielką. Do tej kategorji należeć będą nałogowi przestępcy, nieposiadajacy wyraźnego charakteru padaczkowego, o ile popełniony przez nich czyn nie stoi w zbyt blizkim czasowo związku z napadem drgawek, z afektem lub nadużyciem alkoholu; wreszcie o ile będzie to czyn planowy z dziedziny przestępstw przeciw własności lub podobnej (*Cramer*, *Hoche*). I tu przedewszystkiem rozstrzyga ocena indywidualna. W każdym razie istnienie padaczki tworzy conajmiej okoliczność łagodzącą.

Sprawa rozpoznawcza padaczki przed sądem, a raczej sprawa znamion tego rozpoznawania nie jest jednolicie rozstrzyganą. Za czasów *Lombrosa* każde nagłe i uniemotywowane podniecenie brane było za padaczkę. I odwrotnie, — niektórzy autorzy za kryterjum sine qua non sądowo-lekarskiego rozpoznawania padaczki uważają napad drgawek padaczkowych (*Wollenberg*, *Cramer*, *Hoche*), niektórym autorom nie wystarcza stwierdzenie pojedyńczego napadu, ale jedynie napadów które się powtarzają (*Jolly*, *Wollenberg*).

Stwierdzenie zatem padaczki in foro może nie być rzeczą łatwą; daleko łatwiej jest, mojem zdaniem, wykluczyć ją niż stwierdzić. Zbyt mało jest zupełnie pewnych cech padaczki: konkurencja innych napadów drgawkowych z niezawsze typowym napadem padaczki, obszerne pogranicze, a zwłaszcza istnienie poza padaczką krótkotrwałych, przemijających stanów zamącenia świadomości lub podniecenia (padaczka czy padaczkowatość?) w znacznym stopniu utrudnia niekiedy rozpoznanie zarówno na podstawie wywiadów (zeznania świadków), jak i bezpośredniego badania w sądzie. Wiadomem jest, że i dłuższa obserwacja szpitalna zawodzi, bowiem napad nie bywa stwierdzany nawet u niewątpliwych padaczkowych.

Ocena sądowo-lekarska drugiej kardynalnej cechy padaczkowej—zaburzenia świadomości—bywa w przypadkach nietypowych jeszcze trudniejsza. Istnieje mianowicie przesąd, że padaczkowe zamroczenie świadomości musi być zupełne i głębokie. Od zgórą 50 lat jednak cały szereg autorów (*Westphal*, *Sander*, *Fürstner*, *Siemerling* i inni) podnosi, że przy padaczce zdarzają się zmiany świadomości o szerokiej skali, zacząwszy od sennego odurzenia do głębokiego zamroczenia. Stan pomroczny, naogół nie jest identycznym

z zupełnym zanikiem świadomości, jest to raczej *odmienny* stan świadomości, w którym związek wyobrażeń między sobą i jaźnią osobnika jest rozluźniony.

W związku z temi dziś obowiązującemi poglądami i trzecie kryterjum padaczki—zupełna luka pamięciowa—straciło grunt pod nogami: obok niepamięci absolutnej może się zdarzać niepamięć względna lub niepamięć wysepkowata (*Moeli*), a obok nich i niepamięć wsteczna. Daje to powód do trudności rozpoznawczych między padaczką, a stanami histerycznemi lub psychopatycznemi. Dla rozpoznawania padaczkowych zaburzeń świadomości ma być charakterystycznem, według *Wollenberga* nagłe powstawanie i znikanie tych stanów, ciężkie lękowe majaczenia, żywe omamy, głębokie splątania, zniesienie czucia, sopor, skłonność do impulsywnych czynów gwałtowych. Według *Cramera i Siemerlinga* typową dla padaczki jest bezpośrednia współrzędność postępków zbornych i obojętnych z nagłem i nieoczekiwanem występowaniem czynów wysoce gwałtownych.

Obecność charakteru padaczkowego rozstrzyga tam, gdzie on istnieje; wielu padaczkowych jednak wciągu całego życia zmian takich nie wykazuje.

Wszelkie próby sztucznego wywołania napadów padaczki (kokaina, ucisk na tętnice senne, doświadczenie alkoholowe, antagonizm w działaniu bromu i soli) są zawodne i nie mają znaczenia, o ile wypadają negatywnie. To samo dotyczy również i próby hyperwentylacyjnej przy stosowaniu której u padaczkowych powstają w 50% napady psychorodne (*Delbrûck*).

Niema zatem ogólnie obowiązujących pewnych kryterjów dla rozpoznawania padaczki przed sądem. Najpewniejszą jest, jak zresztą i w innnych działach psychjatrji sądowej, indywidualna ocena każdego przypadkó w świetle całokształtu objawów. Zresztą sprawa dokładnego rozpoznania nie jest dla sądu najważniejszą; daleko ważniejszą jest ocena sądowo-psychjatryczna bezpośredniego stanu psychicznego, w związku z przestępstwem w kierunku poczytalności, jej zniesienia lub zmniejszenia.

Ocena padaczki w zakresie prawa cywilnego, czyli w sprawach o ubezwłasnowolnienie opiera się wyłącznie na stanach padaczkowych trwałych, czyli na stałej psychozie padaczkowej, w szczególności na otępieniu padaczkowem. Przemijający stan pomroczny w sprawie o obezwłasnowolnienie nie może być brany w rachubę, nawet jeżeli się powtarza. *Vogt* powołuje się np. na rozstrzygnięcie niemieckiego Reichsgerichtu, uznającego przemijajace zaburzenie świadomości u padaczkowych za niewystarczające dla ubezwłasnowol-

nienia. Prawo cywilne ma zatem do czynienia z padaczką w bardzo zwężonym zakresie trwałej choroby psychicznej.

W daleko szerszym zakresie jest osobnik padaczkowy niebezpiecznym jako świadek przed sądem. O zdolności jego do składania zeznań stanowią cechy charakteru padaczkowego w najszerszem znaczeniu, wśród cech tych bowiem znaną jest skłonność do kłamstwa, Stanom ponapadowym lub też okresom niezupełnie jasnym pomiędzy zamroczeniami może towarzyszyć niezupełnie ostre odgraniczenie świata rzeczywistego od świata fantazji lub też wypełnianie defektów pamięciowych nierzeczywistemi, rzekomemi wspomnieniami.

Pamięć padaczkowych, powiada *Legrand de Saulle* przypomina fortepian, który może posiadać wszystkie klawisze w porządku, ale może mieć i kilka fałszywych, a czasem i kilka niemych. Jest to instrument kapryśny, nierówny i niewierny; oddaje usługi, ale myli i zdradza.

Udawanie padaczki stoi w związku z dwiema sytuacjami życiowemi: 1) z odpowiedzialnością sądową, 2) z chęcią zwolnienia się z wojska. W zakres niniejszych rozważań wchodzi jedynie punkt pierwszy. W tej dziedzinie udawania ma się niezmiernie często do czynienia z kłamliwemi informacjami zainteresowanego i jego blizkich. Informacje te dotyczą przedewszystkiem wszelkich urazów i ewentualnych drgawek w dzieciństwie; dalej ataków lub zaburzeń nerwowych w bezpośrednim związku z czynem inkryminowanym, wreszcie—niepamięsi okoliczności tego czynu. Udawanie napadu padaczkowego i udawanie niepamięci są predylekcyjnemi typami udawania w zakresie padaczki.

Udawanie napadu padaczkowego jest raczej udawaniem zaburzeń cielesnych, symulacją neurologiczną, a nie udawaniem zaburzeń psychicznych. Nie posiadam pewnych danych statystycznych, co do rzeczywistego udawania napadu padaczkowego, ale fałszywe wywiady w tym kierunku sę bardzo częste. Jeżeli pominąć nawet trudności stwierdzenia napadu w przypadkach napadów rzadkich, to podana wyżej statystyka wojskowa *Jellinka* (59 stwierdzouych napadów padaczki na 1560 obserwacyj), aczkolwiek pochodzęca z innej dziedziny, dostatecznie oświetla tendencje symulacyjne w tym kierunku.

Udawanie napadu padaczkowego dzieli się na dwie kategorje: pierwsza dotyczy osobników, niecierpiacych wogóle na żadne napady, do drugiej wchodzą wszelkiego rodzaju napady psychorodne, agrawowane w zeznaniach celowo, jako padaczka,

Trudności rozpoznania udawania w jednej i drugiej grupie nie są jednakowe.

Czasem już opis napadu przez świadków wzbudza wątpliwości co do charakteru padaczkowego napadu.

25. Piekarz, wydalony, udaje się po wypiciu do piekarni i podpala tam wióry, powodując pożar. Na swe usprawiedliwienie podaje, że jest epileptykiem. Klucznik więzienia zeznaje, że oskarżony miał „długotrwały" napad drgawek, „leżąc na brzuchu".

Przy odróżnianiu typowego napadu drgawek padaczkowych, należy pamiętać, że mało jest *pewnych* poszczególnych objawów takiego napadu; te najpewniejsze objawy występują przy napadzie padaczkowym tak rzadko, że nie mają poważniejszego, ogólnego znaczenia rozpoznawczego. Do tych objawów należą sztywność źrenic na światło i na nastawienie, znaczna sinica, objaw Babińskieno podczas napadu i wybroczyny (zwłaszcza podspojówkowe). Wszystko to są objawy które nie mogą być symulowane. W rozpoznawaniu zatem udawania napadu padaczkowego decydującą rolę będzie odgrywało nieoddziaływanie źrenic, jako objaw najczęstszy, mniejszą rolę będzie ono już odgrywało w odróżnianiu napadu padaczkowego od napadów czynnościowych, przy których nieoddziaływanie źrenic też czasami się zdarza. Zarówno piana na ustach (mydło), jak i przygryzienie języka wchodzą w program nauczania symulacji po więzieniach; również—powiew padaczkowy (aura), początkowy okrzyk, stłuczenie przy upadku, końcowy sen.

Jedynie ocena napadu w całości od początku do końca pozwala w razie wątpliwości na rozpoznanie napadu padaczkowego Rozpoznanie padaczki, jak twierdzi *Vogt*, może być najlżejszem i najtrudniejszem zadaniem medycyny.

Udawanie zaburzeń pamięci, zwłaszcza niepamięci, jest najbardziej rozpowszechnionym i banalnym tematem udawania, stosowanym we wszystkich niemal deliktach, począwszy od zakłócenia porządku publicznego przy zwykłym stanie ostrego upicia się, a kończąc na kwalifikowanem zabójstwie. Nieprawdopodobne i nieostre rozmiary niepamięci, brak wysiłków przypomnienia sobie czegokolwiek, sprzeczność tych twierdzeń z poprzedniemi własnemi zeznaniami i zeznaniami świadków, niewiarygodność badanego, poparta opinją o poprzedniem sprawowaniu się i karalnością, wreszcie brak przy obowiązkowem badaniu patologicznego podłoża psychicznego lub nerwowego—najczęściej przemawiają w takich przypadkach za symulacją Jest rażącą zresztą rzadkością, aby stan psychiczny, związany z czy-

nem karygodnym był w życiu człowieka jedynym stanem, wskązującym na padaczkę (*Vogt*).

Udawanie zaburzeń świadomości w stanach pogranicznych padaczki, w stanach padaczkowatych podlega wszelkim trudnościom i zastrzeżeniom połączonym z rozpoznawaniem udawania zaburzeń psychicznych wogóle, zwłaszcza przy domieszce cech psychotyczno-więziennych.

Symulacjc patologiczna będzie tu zjawiskiem częstem. Należy pamiętać, że wystarczający praktyczny dowód udawania zaburzeń psychicznych jest daleko trudniejszy, niż się to naogół przyjmuje, naukowy zaś dowód bez zarzutu jest niemożliwy (*Birnbaum*). Po bliższe szczegóły odsyłam do pracy mojej o udawaniu zaburzeń psychicznych.

Stan wiedzy współczesnej o padaczce, jako takiej i jej związku z przestępczością, daleki jest od hypotez *Lombrosa*. Rozległość przestępczości padaczkowej należy dzisiaj do tradycji. Pojęcie padaczki uległo znacznemy zwężeniuj pojęcie „padaczkowatości„ („epileptoidu"), zostało ściślej określone i w stosunku do samej padaczki uwarunkowane i sklasyfikowane. Ziarna nauki *Lombrosa* jednak pozostały, dowodzą tego nowoczesne badania nad konstytucją psychofizyczną: niewątpliwą jest częstość występowania objawów padaczkowatych (epileptoidalnych) u przestępców nałogowych; składa się na to, jak to podkreśla *Birnbaum*, dodatkowe działanie zewnętrznych padaczkowatotwórczych szkodliwości (alkohol, oraz kiła) z jednej strony, z drugiej zaś strony połączenie cech padaczkowych z upośledzeniem psychicznem wogóle, z niedorozwojem, histerją i przeważnie psychopatją. Zwłaszcza typ zwyrodniałego psychopaty bardzo często łączy się z objawami padaczkowatemi. Do niego właściwie, a nie do padaczki swoistej należy, myślę, panowanie nad światem przestępczym.

PIŚMIENNICTWO.

Aschaffenburg. Das Verbrechen und seine Bekämpfung, Heidelberg 1906.

— Epileptischer Mörder, Münch. Med. Woch. 1903, 533.

Binswanger. Epilepsie, Wien 1899.

Birnbaum. Kriminalpsychopatologie, Berlin 1921.

— Psychopatische Verbrecher, Berlin 1914.

— Sammelberichte. Kriegsneurosen und Psychosen. Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Ref. T. B. B. 11—14, 1915—1918.

Blachian. Notzuchsdelikte im epil. D. Z. Friedrichs Blatt 52, 1901.

Bleuler. Lehrbuch de Psychiatrie, Berlin 1916.

Böhmer. Blutgruppen und Verbrechen D. Z. f. d. g. gericht. Med. 9, 1927.

Burgl. Eine Reise in der Schweiz im epil. D. Z. Münch. med. Woch. 1900, 37.

Buchbinder. Einige nach epil. Anfällen beobachtete körperliche Veränderungen. Vierteljschr. f. gerichtl. Med. XLI, 2, 1911.
Cramer. Gerichtliche Psychiatrie.
— Epileptische Seelenstörung. Binswanger-Siemerling-Lehrbuch der Psychiatrie, Jena 1907.
Delbrück. Uber die körperliche Konstitution bei der genuinen Epilepsie. Arch. f. Psych. 77, V. 1926.
Delbrück. Epileptisch u. Epileptoid. Arch. f. Psych. 82, 1928.
Donath. Der epil. Wandertrieb. Arch. f. Psych. 32.
Gelma. Le diagnostic médico-legal de l'épilepsie larvée. Ann. de méd. leg. 1926, p. 456.
Gorphe. La critique du temoignage, Paris 1924.
Gründler. Konstitutionsutersuchungen an Epileptikern. Mon. f. Psych. 40, 2925.
Gründler. Körperbauntersuchungen an grossen Reihen von Krampfskranken. Mon. f. Psych. 66, 1. 1927.
Hoche. Handb. der gerichtl. Psychiatrie, Berlin 1909.
Huber. Versuchter Meuchelmord eines Epileptikers. Arch. f. krim. Antrop. XXVII, 1907.
Jahn—cyt. u *Többena*.
Kirn. Die epil. Geistezustände mit Bezug auf Strafrechtspflege. Allg. Ztg. f. Psych. 52.
Knecht. Fall Tessnow. Mon. f. krim. Psych. 1907, 712.
Kölle. Gerichtlich-psychiatriche Gutachten. Ssuttgart 1896.
Köppen. cyt. u *Tôbbena*.
Kornfeld. Gerichtsärztliche Gutachten Epileptiker betreffend, Friedrichs Blätter 49, 1898.
Kraepelin. Psychiatrie VIII Aufl. Leipzig 1913.
Krafft-Ebbing. Gerichtliche Pzychopatologie.
— — Zboczenie umysłowe na tle zaburzeń płciowych. Kraków 1888.
Krasnuszkin. Beitrag zu psychiatrischen Charakterologie des Verbrechens. Moschr. f. krim. Psych. 18, 10.
Kretschmer. Körperbau u. Charakter V u. VI Aufl. Berlin 1926.
— Medizinische Psychologie, Leipzig 1922.
— Die heutige Stand der psychatrischen Konstitutionsforschung. Jahres kurse 18 H. 5. 1927.
Kreyenberg. Körperbaû, Epilepsie u. Charakter. Z. f. d. g. N. u Ps. 1928 B. 112 H. 3 u 4.
Legrand de Saulle. Étude med. legale sur les epileptiques. Annales méd psychol. 1877.
Lombroso. Człowiek—zbrodniarz. Warszawa 1891.
Łuniewski. Psychoza szałowo-posępnicza. Roczn. Psych. VII, 1928.
Marburg. Dio Kriegsverletzungen des C. N. Systems. Kriegcbeschädigungen des N. Systems. Wiesbaden 1917.
Mauz Zur Frage der epil. Charakters. Cblt. f. N. u. Psych. 45 s. 833
Michel. Körperbau, Charakter u. Verbrechen. Wien. med. Woch. 1925 I.
Moeli Uber irre Verbrecher, Berlin 1888.
Nelken. O potrzebie państw zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy w Galicji, Lwów 1913.

Nelken. Alkohol i przestępczość w wojsku podczas wojny. Lekarz Wojskowy Nr. 21. 1920.

Nelken. Udawanie zaburzeń psychicznych a służba wojskowa. W-wa 1926.

Nelken. Orzeczenia sądowo-lekarskie, Warszawa 1927.

Nelken. Przestępca w świetle badań nad budową ciała i usposobieniem. Czasopismo sądowo-lekarskie Nr. 2 1928.

Nerlich. Mord. u. Brandstiftung im psychischen epil. Anfall. Arztl. Sachr. Zeit. 1806, s. 429.

Patini. Epilessia di Bratz. criminalita e. isrero-epilessia Cbltt. 39, 364.

Porôt. La criminalité des blessés du crâne. Ann. de méd. leg. V. No. 5 Cbl. f. N. u. Ps. 43, s. 476.

Redlich. Grenzgebiet der Epilepsie. Wien. klin. Woch. XL, 9.

Rhoden. Kriminalbiologische Untersuchungen an gesunden u. geisterkranken Verbrechern. Ztschr. f. d. g. gericht. Med. 10, 6, 1927.

Rhoden. Körperbauntersuchungen an geisteskranken u. gesunden Verbrechern Arch. f. Psych. 77. 1926.

Rhoden. Konstituzionelle Körperbauntersuchungen an Gesunden u. Kranken Arch. f. Psych. 78, 1927.

Richter. Kriegsepilepsie.

de Sanctis e Ottolenghi. Trattato pratico di psicopatologia forense, Milano 1920.

Sander. Epilepsie u. Verbrechen Psych. Neur. Woch. 1902 s. 205.

Schmidt. Forensisch — psychiatrische Erfahrungen im Kriege. Berlin 1908.

Siemerling. Die transituorischen Bewusstseinstörungen der Epil. in forensischer Beziehung. Berlin. klin. Woch. 1895.

Tardieu. cyt. u *Tübbena.*

Tarnowski. cyt. u *Krafft-Ebbinga.*

Többen. Uber die gerichtsärztliche Bedeutung der Epil. D. Z. Vierteljahrschr. f. ger. Med. XXXVI. 4. 1908.

Toselli. e. *Zavatero* cyt. u *Krafft-Ebbinga.*

Tullio. Le epilessie organo vegetative nei criminali. Cbltt. 38, 214.

Vallon. La pathologie mentale au point de vue administratif et judiciaire Traité de path. ment. de G. Ballet. Paris 1903.

Viernstein. Einführung eines Stufensystems in die Bayr. Strafanstallten Ztschr. f. Mebizanalbeamte 35—37 1922/3.

Voisiu. L'épilepsie. Aschaffenburgs Hdbuch der Psychiatrie. Spez. Teil.1 Abt.

Wachholz. Psychopatologja sądowa.

Weiss. Kretschmer.s „Körperbau nnd Charakter" Cbltt. f. d. g. N. u Ps. 46. 1927.

Weygandt Die Geisteskrakheiten im Kriege. Kriegsbeschädigungen des N. Systems Wiesbaden 1917.

Zieliński. Epilepsja, Kraków 1924.

Sprawozdania zakładowe.

(Krajowy Zakład Psychjatryczny w Świeciu—Dyr. Dr. Dekowski).

PROGRAM WYSZKOLENIA PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO W PUBLICZNYCH ZAKŁADACH PSYCHJATRYCZNYCH[1]).

podał

DR. IGNACY FUHRMAN

prymarjusz zakładu.

W poruczonym mi przez Komitet organizacyjny Zjazdu referacie pragnę jaknajzwięźlej przedstawić sprawę organizacji pielęgniarskiego szkolnictwa psychjatrycznego, której doniosłość i znaczenie dla poziomu naszej opieki psychjatrycznej jest oczywistem i nie wymaga obszerniejszego uzasadnienia. Wszak wyszkolony personel pielęgniarski to jeden z najważniejszych czynników decydujących o tem, czy i jak nowoczesny zakład psychjatryczny spełnia swe zadanie. Najbardziej nowoczesnymi poglądami przepojona inicjatywa dyrektora zakładu, najtroskliwsze badanie i leczenie przez lekarzy zakładowych nie osiągną zamierzonego rezultatu, jeżeli nie będzie harmonijnej współpracy przebywającego z chorymi 12 do 24 godzin na dobę personelu pielęgniarskiego, należycie do zadań swych przygotowanego i wychowanego w zasadach psychjatrji nowoczesnej.

Z potrzeby szkolenia pielęgniarzy zdawał i zdaje sobie sprawę każdy lekarz zakładowy. Że szkolenie to powinno być nie dorywcze, lecz zorganizowane, że dla wytworzenia kategorji pielęgniarzy psychjatrycznych, jako współpracowników lekarskich, program tego szkolenia należałoby ustalić to odczuwamy i uznajemy od dawna.

Już na I. Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie (od 30. października do 1. listopada 1920 r.) usłyszeliśmy w zagajeniu następujące słowa:

„Organizacja pielęgniarskiego szkolnictwa psychjatrycznego wymaga również, jako sprawa pilna i doniosła, poważnego uwzględnie-

[1]) Referat wygłoszony na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie.

nia na Zjeździe. Wiemy, czem jest pomoc pielęgniarska, jaką posiada ona wagę w spełnianiu naszych zadań. Wiemy również, jak niski jest jej poziom. Materjał w ludziach mamy doskonały, trzeba go tylko urobić odpowiednio, wyszkolić i przygotować.

Obmyślenie nietylko programu szkół, lecz także i dróg ich realizacji, powinno stać się jednem z zadań Zjazdu".

I w istocie w drugi dzień Ziazdu przedstawił sekretarz Komisji organizacyjnej p. Dr. Sterling w referacie swym pod tytułem: „Organizacja pielęgniarstwa psychjatrycznego" program szkoły pielęgniarskiej z kursem 3-letnim przy państwowych zakładach dla umysłowo chorych.

Z dyskusji, która po tym referacie się rozwinęła, godne przypomnienia są następujące szczegóły: Przedstawiony przez referenta projekt programu zaopinjowano jako ideał na razie trudny do zrealizowania, ze strony przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia Publicznego zaznaczono, iż wydanie podręcznika pielęgniarstwa psychjatrycznego jest przedmiotem najbliższych zamierzeń Wydziału Psychjatrycznego tegoż Ministerstwa. Kilku mówców zakomunikowało wyniki swego doświadczenia zebrane na kursach pielęgniarskich prowadzonych w swoich zakładach i—temat został wyczerpany.

Uchwały w sprawie pielęgniarskiego szkolnictwa psychjatrycznego I Zjazdu Psychjatrów Polskich nie powziął. Nie mówiono też o niej na sześciu zjazdach następnych i dopiero dziś na VIII Zjeździe przystępujemy ponownie do tej kwestji, nietylko z zapałem, który tak wybitnie cechował przebieg I. Zjazdu naszego, lecz wzbogaceni ponadto w doświadczenie zebrane przez tych lat siedm na kursach pielęgniarskich prowadzonych w różnych zakładach.

Chcąc zaprojektować organizację pielęgniarskiego szkolnictwa psychjatrycznego w Polsce stajemy wobec następującego szeregu problemów z organizacją tą związanych.

Pierwszym z nich to sprawa centralizacji czy też decentralizacji szkolenia. Zcentralizowanie szkolenia mogłoby być przeprowadzone w dwojaki sposób: albo tworzy się jedną dla całego państwa szkołę pielęgniarstwa psychjatrycznego z ewentualnem prawem wydawania przez państwo uznanych dyplomów, której absolwenci zasilaliby personel wszystkich zakładów psychjatrycznych albo też wśród zakładów jednej prowincji, podlegających jednej władzy samorządowej jeden tylko szkoli personel dla wszystkich zakładów. Oba sposoby dają gwarancję jednolitego wyszkolenia kandydatów, dają możność bogatego wyposażenia szkoły centralnej w środki naukowe, skupienia w niej jak najlepiej wykwalifikowanyc wykładowców, jed-

nak poza trudnościami natury materjalnej pociąga z centralizowanie szkolenia za sobą tę niedogodność, iż uczestnicy tegoż nie zawsze mogą równolegle z teoretycznymi studjami powiększać swe doświadczenie praktyczne przez pełnienie służby w swoim zakładzie.

Ten ostatni moment zostaje uwzględniony w wypadku decentralizacji szkolenia personelu pielęgniarskiego, gdyż w każdym publicznym zakładzie psychjatrycznym prowadzi się systematyczne kursy.

Kursy te mogą być znowu bądź tylko zimowe ze względu na swobodniejszy program zajęć w zakładzie w tym okresie, bądź też całoroczne, z mniejszą tylko ilością godzin nauki w lecie, utrzymujące korzystną dla uczestników kursów ciągłość nauczania.

W bardzo rozmaity sposób dającym się rozwiązać i w praktyce też różnie rozwiązywanym jest problem kwalifikacji uczestników kursów. Najbardziej zasadniczą kwestją jest traktowanie ich jako kandydatów na pielęgniarzy, jako uczniów pielęgniarskich czy też już jako t. zw. pielęgniarzy pomocniczych.

Łączy się z tem sprawa ustalenia granicy wieku; egzaminu wstępnego, względnie poprzedzającego przyjęcie do zakładu ewentualnego badania psychotechnicznego.

Ze względu na wymagania ciężkiego zawodu pielęgniarza psychjatrycznego dolna granica wieku u kandydatów nie powinna przekraczać lat 20, u kandydatek 18, ze względu zaś na koniecznoćć przyswojenia sobie wielu wiadomości z zakresu kilku nauk powinna granica górna—lat 25—być przekraczaną tylko w wypadkach wyjątkowych, zasługujących z powodu innej wybitnych kwalifikacyj kandydata lub kandydatki na uwzględnienie.

Egzamin wstępny bądź przy przyjęciu do zakładu bądź też przed rozpoczęciem kursu mógłby poinformować dokładnie o kwalifikacjach psychicznych uczestników kursu.

Proponowane przez wielu autorów badanie psychotechniczne kandydatów do zawodu pielęgniarskiego w zakładach psychjatrycznych, niewątpliwie cenne i pożyteczne, nie dałoby się na razie wszędzie przeprowadzić.

Do wyrobienia sobie pojęcia zatem o kandydacie na kurs i o kwalifikacjach jego służby w poszczególnych zakładach, różny co do swej długości,—od kilku miesięcy do dwóch lat,—okres próby, okres pełnienia służby pod okiem i na podstawie wskazówek pielęgniarzy starszych, doświadczonych. W czasie tym wyjaśnia się często, który osobnik obrał sobie zawód pielęgniarza psychjatrycznego nie z powołania, lecz dla braku chwilowo innego zajęcia; osoby,

którym brak walorów moralnych, koniecznych w tym zawodzie, odpadają w tym okresie lub zostają z zakładu wyeliminowane.

Przechodząc teraz do kursu samego należy zadecydować, czy powinien on się kończyć egzaminem i wydaniem świadectwa, uczestnikom kursu. Zarówno ze względów na psychologję uczestników kursu jak i ze względu na praktyczne zastosowanie wyników prowadzonego kursu pielęgniarskiego zakończenie tegoż zapomocą odpowiednio zorganizowanego egzaminu jest wskazane i nie można przytoczyć poważniejszych argumentów przeciwko takiej instytucji. Dyskusji natomiast podlegać może sprawa wydawania kandydatom świadectw: jako widomy znak osiągnięcia pewnego cenzusu pielęgniarskiego, jako pokwitowanie bardzo mozolnych nieraz wysiłków uczestnika kursu jest takie świadectwo pedagogicznie uzasadnioną nagrodą pilności, niema atoli dostatecznej wagi i znaczenia ogólnie uznanego dokumentu wobec nieujednostajnienia wymagań na kursach w różnych zakładach i wobec braku dotąd (z jednym tylko wyjątkiem) autoryzacji zakładu w tym kierunku ze strony państwa.

Momentem bardzo ważnym dla szkolenia, gdyż decydującym o frekwencji na kursach jest stuosunek kursu do zajęć służbowych. Tam, gdzie kurs odbywa się poza godzinami służbowemi, notuje się skargi na słabą frekwencję, umieszczając atoli—jak to się i w Świeciu dzieje—lekcje w godzinach służbowych mamy prawo wymagać skrupulatnego i punktualnego uczęszczania.

Udzielającymi nauki na kursach winni być nie najmłodsi lekarze, przeciwnie, autorytet kursu jako takiego podniesie i jakość rezultatów zapewni kierownictwo kursu objęte przez dyrektora zakładu lub jego zastępcę, względnie innego z prymarjuszy. Przedmiotów z zakresu ogólnego wykształcenia (a więc nie lekarskich) winni udzielać fachowi nauczyciele.

Wynagrodzenie wykładowców za ich pracę na kursie, koszty sprawienia w dostatecznej ilości potrzebnych środków naukowych, ewentualnie koszty utrzymania kandydatów zamiejscowych w centralizowanej szkole pielęgniarstwa psychjatrycznego winne być przewidziane w budżecie władzy nadzorczej, której podlega zakład, w jakim kurs się odbywa.

Program kursu pielęgniaskiego paza przedmiotami ściśle z pielęgniarstwem związanymi winien obejmować również przedmioty ogólnego wykształcenia w zakresie dostosowanym do kwalifikacji uczestników kursu. Wobec minimalnego przygotowania szkolnego ba, nawet analfabetyzmu u kandydatów pielęgniarskich z b. zaboru rosyjskiego i austryjackiego, zaś wobec półanalfabetyzmu u osob-

ników z b. zaboru pruskiego, który ukończywszy szkołę powszechną niemiecką, borykają się z trudnościami językowemi przy nauce w języku polskim, należałoby na okres najbliższych lat 5 — 10 poziom owych lekcyj ogólno-k-ztałcących obniżyć do wymagań jak najelementarniejszych, a więc nauka czytania i pisania po polsku, i najważniejsze wiadomości z historji, geografji i ustroju Polski, Gdy za lat 5—10, zgłaszać się zaczną do zawodu pielęgniarza psychjatrycznego absolwenci szkół powszechnych polskich, zakres przedmiotów ogólno-kształcących na kursie pielęgniarskim będzie mógł być rozszerzony, a przyswajanie uczestnikom knrsu wiadomości z zakresu przedmiotów fachowych znacznie będzie ułatwione.

Sprawa organizacji pielęgniarskiego szkolenia psychjatrycznego nie wyczerpie stworzenie szkoły odpowiedniej lub kursów w różnych zakładach, obejmujących wiadomości konieczne dla każdego funkcjonarjusza, pragnącego uzyskać stopień pielęgniarza psychjatrycznego. Poza owym zasadniczym głównym kursem należy wprowadzić kursy dokształcające dla personelu pielęgniarskiego, dłuższy czas w zakładzie pracującego, lecz nieobeznanego z zasadami psychjatrji nowoczesnej. Nadto obejmowanie stanowisk ważniejszych, wyższych (starszych pielęgniarzy i t. p.) powinno być uzależnione od przyswojenia sobie wiadomości z tych samych dziedzin, co na kursie zasadniczym, lecz w zakresie szerszym, względnie od przejścia odpowiedniego kursu wyższego.

Takie kursy wyższego typu staną się u nas nieodzownie potrzebne z chwilą rozwinięcia się instytucji *patronage'u* z chwilą poruczenia ważnej funkcji kontrolowania pacjentów w opiece rodzinnym najzdolniejszym i najbardziej doświadczouym osobnikom z personelu pielęgniarskiego zakładów.

Sprawę szkolenia personelu pielęgniarskiego i łączących się z nią a pokrótce omówionych problemów rozwiązano w różny sposób zagranicą, Szczegółowiej kwestji tej nie przedstawiam, gdyż inponujące nam swym zakresem wymagania, stawiane kandydatom do zawodu pielęgniarskiego w ogóle, a w zakresie pielęgniarstwa psychatrycznego w szczególności są możliwe w tamtejszych swoistych warunkach, w związku z poziomem ogolnych stosunków kulturalnych oraz z tamtejszem stanowiskiem socjalnem pielęgniarza. Omówię tylko momenty dające się z pożytkiem u nas naśladować, względnie wpływające już dziś na te sprawy w naszych zakładach.

Na pierwszem miejscu wspomnieć należy o rozporządzeniu pruskiego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 10 maja 1907 r. normującem szczegółowo przepisy egzaminów państwowych dla pie-

lęgniarzy. W związku z uregulowaniem w ten sposób sprawy pielęgniarskiego egzaminu państwowego konferencja rzeczoznawców powołanych przez pruskiego ministra spraw wewnętrznych po przedyskutowaniu zasad ogólnych poleciła trzem autorom napisania podręcznika pielęgniarstwa, które następnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wydało. Znakomity ten podręcznik, zawierający i (nie wielki co prawda) rozdział o pielęgnowaniu umysłowo-chorych może być wzorem przy opracowaniu podobnego podręcznika polskiego.

I pozatem szkolenie personelu pielęgniarskiego w niemieckich zakładach psychjatrycznych ułatwia cały szereg istniejących podręczników pielęgnacji psychjatrycznej, z których dwa jako najlepsze wyrożniam. Jest to nagrodzony przez niemieckie towarzystwo psychjatryczne podręcznik b. dyrektora zakładu w Kościanie *Scholza* wydawany po śmierci jego przez prof. Dannemanna, oraz nagrodzony przez dolno-austryjacki Wydział Krajowy podręcznik dyrektora „Steinhofu" *Schlössa.*

Najcenniejszą wskazówką, jak sprawę szkolenia pielęgniarzy psychjatrycznych u nas zorganizować, są nie tyle wzory zagraniczne, ile wyniki nieskoordynowanych dotąd, indywidualnych usiłowań w poszczególnych zakładach psychjatrycznych polskich. Im więc parę chwil poświęcić muszę, a opieram się w moich wywodach poza drukowanemi odnośnemi wzmiankami o sprawozdaniu niektórych zakładów, — na wynikach niedawno przeprowadzonej przezemnie ankiety. Za wyjątkiem trzech otrzymałem ze wszystkich zakładów wyczerpujące odpowiedzi, za które na tem miejscu dziękuję wszystkim panom dyrektorom.

Szkolenie personelu pielęgniarskiego odbywało się i odbywa już od roku 1920 w Dziekance i w Kocborowie, od roku 1921 w spitalu Św. Jana Bożego w Warszawie, od roku 1922 w Lublińcu, w Rybniku i w Świeciu, od roku 1923 w Kobierzynie i w Tworkach i od kilku lat w Kulparkowie. W Kochanówce odbywały się dawniej kursy systematyczne roczne dla Sióstr-Pielęgniarek, obecnie odbywają się w okresie zimowym perjodycznie pogadanki z zakresu pielęgnowania chorych dla personelu niższego.

W pięciu zakładach: w Dziekance, w Kocborowie, w Lublińcu, w Rybniku i w Tworkach odbywa się kurs wyłącznie lub przeważnie w półroczach wzgl. w miesiącach zimowych (od listopada do marca).

Co do długości trwania kursu, to od 40 godzin rocznie w Szpitalu Św. Jana Bożego poprzez pół—i całoroczne kursy w większości zakładów dochodzimy do dwuletniego kursu w Dziekance i trzyletniego w Kulparkowie (kurs dwuletni, trzeci rok dopełniający).

Co do programu kursów, wszystkim wspólne są następujące przedmioty: anatomja i fizjologja w zarysie, wiadomości z hygjeny, ogólne zasady z pielęgniarstwa, pielęgnacja psychjatryczna.

Te przedmioty wypełniają kurs w Kocborowie i w Szpitalu Św. Jana Bożego w Warszawie.

W innych zakładaeh program jest rozszerzony przez włączenie przedmiotów z zakresu medycyny, jakoteż i z innych dziedzin. I tak w Kochanówce dołączono kurs bakterjologji, w Rybniku uczą obecnie gazoznawstwa i musztry sanitarnej, w Tworkach dla osób mniej zaawansowanych prowadzono naukę czytania i pisania, rachunków, historji i geografji (w roku 1925 nauczanie na kursie odbywało się tylko w zakresie wiadomości ogólnych). W Lublińcu znajdujemy w programie język polski, historję, geografję, a w Rybniku język polski z uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego, ustrój Rzeczypospolitej, krajoznawstwo Polski, dzieje narodu Polskiego. W Dziekance dołącza się do kursu prelekcje o stanowisku prawnem personelu, omawiające znaczenie przepisów i skutki ich nieprzestrzegania.

Odrębną organizacją wyróżniają się kursy w trzech zakładach: w Dziekance, w Kobierzynie i w Kulparkowie.

Kursy w Dziekance zostały reskryptem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych — Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia z dnia 28 stycznia 1926 r. uznane za odpowiadające wymaganiom przepisów dla państwowych egzaminów pielęgniarskich, zawartych w omawianym wyżej rozporządzeniu pruskiego ministerstwa Spraw wewnętrznych z 10 maja 1907 r., a obowiązującem na terenie województwa poznańskiego. Zatwierdzona w tymże ryskrypcie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Komisja egzeminacyjna przeprowadza w Dziekonce państwowe egzaminy pielęgniarskie i wystawia odpowiednie świadectwa.

W Kobierzynie odróżnia się: a) kursy skrócone 10—12 wykładów dwugodzinnych w godzinach służbowych i b) kursy o szerszym programie, obowiązkowe dla siostr, dozorczyń i starszych pielęgniarzy w godzinach pozasłużbowych!

W Kulparkowie przechodzi się systemem kollokwijnym w pierwszym roku regulamin szpitalny, pielęgniarstwo teoretycznie i praktycznie, początkowe wiadomości z zakresu hygjeny, sanitarji, pierwszej pomocy, ogólnej psychopatologji. W drugim roku po złożeniu egzaminów słuchają uczestnicy kursu następujących przedmiotów: anatomja, fizjologja, hygjena, sanitarja, choroby zakaźne, pielęgnowanie chorych somatyczne oraz psychiczne, ogólne wiadomo-

ści z psychopatologji ogólnej, udzielenie pierwszej pomocy. Szczegółowy program zostaje uzgodniony na konferencji lekarskiej. Trzeci rok dopełniający obejmuje specjalny kurs psychopatologji ogólnej i szczegółowej i ogólne zasady organizacji i administracji w zakładach psychjatrycznych.

Tylko w niewielu zakładach korzystali uczestnicy kursu z podręczników: Handelsmana, Morawskiego, Polskiego Czerwonego Krzyża i Wachowskiego, przeważnie robili sobie notatki podczas lekcji. Wykładający natomiast opierali się na podręcznikach niemieckich i francuskich.

We wszystkich zakładach, w których kursy się prowadzi, uczestnicy tychże zdają egzamin, w Dziekance wobec komisji mianowanej przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, w Lublińcu wobec Komisji Wojewódzkiej, w Swieciu przed komisją, której przewodniczy delegat Starostwa Krajowego Pomorskiego. W Kocborowie dotychczas absolwenci kursów egzaminu nie zdawali, w najbliższym czasie jednak egzamin się odbędzie.

Bardzo rozmaicie przedstawia się w poszczególnych zakładach psychjatrycznych sprawa świadectw dla absolwentów kursu pielęgniarskiego. W Lublincu i Rybniku nie otrzymują świadectwa, pozostaje ono w aktach personalnych; w Tworkach wydawano dawniej obecnie nie; w Kocborowie dotychczas absolwenci kursy świadectw nie otrzymali, w najbliższym czasie otrzymają; w Swieciu otrzymują, a kopja pozostaje w aktach personalnych; w Dziekance otrzymują świadectwo w myśl § 18 z cytowanego już rozporządzenia ministerjalnego z roku 1907; w Kulparkowie mogą otrzymać; w Kobierzynie wydaje się zaświadczenia jedynie słuchaczom kursów o szerszym zakresie, a w szpitalu Sw. Jana Bożego w Warszawie „tylko osobnikom, którzy zachowywali się należycie na oddziałach".

Jednym z momentów uzasadniających konieczność uzgodnienia i ujednostajnienia organizacji szkolenia personelu pielęgniarskiego w publicznych zakładach psychjatrycznych to wynikająca z ankiety ogromna rozbieżność w wymaganiach stawianych co do kwalifikacji kandydatów na kurs pielęgniarski w poszczególnych zakładach. Nie wymaga się specjalnych kwalifikacji w Lublińcu i w Rybniku. Tak samo w Tworkach, w Kocborowie i w Dziekance bierze udział w kursie każdy pielęgniarz względnie pielęgniarka po wstąpieniu do służby, do egzaminu państwowego atoli dopuszcza się w Dziekance tylko personel starszy z kilkuletnią praktyką zawodową. W Kulparkowie warunkiem przyjęcia na pierwszy rok kursu jest ukończenie szkoły ludowej, na drugi rok kursa złożenie poprzednich egza-

minów z wynikiem dodatnim, w Kobierzynie wymaga się od uczestników kursów skróconych minimum 2—3 miesięcy pracy w zakładzie, w Świeciu zaś uczęszczają na kurs kandydaci i kandydatki z conajmniej dwuletnią praktyką w zakładzie.

Na zakończenie przeglądu sposobów szkolenia personelu pielęgniarskiego w poszczególnych naszych zakładach psychjatrycznych dołączam króciutkie sprawozdanie z zorganizowanego przezemnie i prowadzonego od lipca 1922 roku kursu pielęgniarskiego w Krajowym Zakładzie Psychjatrycznym w Świeciu.

Program kursu obejmuje anatomję i fizjologję w zarysie, pierwszą pomoc w nagłych wypadkach i pielęgnację ogólną, w zakresie objętym odnośnymi rozdziałami wspomnianego oficjalnego podręcznika wydanego przez pruskie ministerstwo spraw wewnętrznych, — pielęgnację psychjatryczną wedle podręcznika *Schlössa* objaśnienie zakładowych regulaminów i przepisów służby pielęgniarskiej, a w ostatnich dwóch latach na skutek zarządzenia Starostwa Krajowego Pomorskiego początkowe wiadomości z geografji, historji i ustroju Polski.

Lekcje odbywają się, jak już zaznaczyłem, w godzinach służbowych w półroczu zimowym dwa razy w tygodniu po godzinie, w półroczu letniem raz tygodniowo. Na kursie wykłada dwóch lekarzy (prymarjuszy) jeden przedmioty medyczne teoretyczne: anatomję i fizjologję i pielęgnację psychjatryczną oraz omawia regulaminy, drugi uczy zasad pielęgnacji ogólnej, pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i przeprowadza odnośne ćwiczenia praktyczne. Zasadniczo trwa kurs rok, atoli w roku 1922 udało się dzięki zwiększonej ilości godzin tygodniowo przerobić wyznaczony materjał w 6 miesiącach, II kurs trwał 14, III—13 miesięcy. Termin egzaminu ustala się, gdy większość uczestników przyswoi sobie wykładany materjał Na III kursie w ubiegłym roku egzamin odbył się po roku i na obecnie prowadzonym IV-ym uda się ten termin zachować dzięki ułatwieniom w postaci podręczników. Dawniej musieli uczestnicy kursu robić sobie notatki na lekcjach, obecnie oddaje zakład do dyspozycji uczących się podręczniki: 1) Handelsmana: Zasady pielęgnowania chorych dla użytku pielęgniarek. 2) Podręcznik dla sanitarjuszy i pielęgniarzy opracowany na podstawie podręcznika niemieckiego (Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften) przez grono lekarzy poznańskich i 3) książkę Morawskiego: „O psychicznie chorych i pielęgnowaniu ich w zakładach psychjatrycznych".

Warunkiem dopuszczenia do kursu jest—jak już wspomniano

minimum 2 lat praktyki w zakładzie. Gdy zwrócimy uwagę na inne kwalifikacje uczestników poszczególnych kursów, stanie się nam jasnem, dlaczego nauka dla wykładających i uczących się jest mozolną. Przedewszystkiem wiek; na pierwszym kursie na sześciu pielęgniarzy tylko jeden liczył lat 25 i był samotny. pozostali liczyli lat od 32 do 40, byli żonaci i posiadali liczną rodzinę. Wśród pielęgniarek, przedstawiających z powoou wymaganego od nich w naszym zakładzie stanu wolnego element młodszy, było 7 poniżej lat 25, 4 od lat 27 do 32.

W kursie drugim było poniżej lat 25 na 6 mężczyzn—3, wśród 9 pielęgniarek—6. Gorzej przedstawiał się stosunek wieku na kursie III-cim: na 9 pielęgniarzy dwóch tylko liczyło lat 25, wśród pozostałych byli 37—43 letni; wśród kandydatek kursu tego tylko dwie liczyły ponad 25 lat.

W kursie czwartym obecnie prowadzonym mamy tylko dwóch kandydatów 25 letnich na 12 uczestników kursu,—reszta liczy od 26—44 lat—oraz 6 pielęgniarek na 13 udział biorących, które nie przekroczyły lat 25.

Co do wykształcenia szkolnego brak jest szczegółowszych danych co do lat dawniejszych, w obecnie prowadzonym kursie wszyscy uczestnicy płci obojga mają ukończonych 7 (wyjątkowo 5) klas szkoły ludowej.

Co do zawodu uprawianego przez kandydatów przed wstąpieniem do służby w zakładzie, to na 33 mężczyzn biorących udział we wszystkich czterech kursach 23 było robotników, w tem 1 fabryczny, 5 rolnych, jeden rolnik; z rzemieślników—2 szewców, 1 malarz, 1 zdun, 1 piekarz, 1 portjer, 2 bez zawodu, a jeden pielęgniarz Wśród 39 kobiet 17 było bez zawodu t. j. żyło przy rodzicach, 21 było służących, kucharek i pokojówek, 3 krawczynie lub szwaczki 4 robotnice, w tem 1 — rolna, gospodyni, 1 — prasowaczka, 1 — ekspedjentka, a 1 — pielęgniarka.

Egzamin odbywa się w ten sposób, iż kandydaci wyciągają trzy pytania: z anatomji i fizjologji, z pielęgnacji ogólnej i z pielęgnacji psychjatrycznej oraz wykonują jedno zadanie praktyczne (opatrunek demonstrowanie sposobów sztucznego oddychania i t. p.
Wyniki egzaminów były następujące: kurs I: na 17 zdających jedna pielęgniarka nie zdała, pozatem 6 sob z wynikiem bardzo dobrym, 7 z dobrym, wreszcie 3 z wystarczającym. Kurs II: na 14 zdających—trzy osoby nie zdały, pozatem—6 z postępem bardzo dobrym (w tem 4 pielęgniarki) 4—z dobrym 2—z wystarczającym. Kurs III na 16 uczestników kursu trzech osób nie dopuszczono do egzaminu

z 13 więc zdających osiągnęło 6—wynik bardzo dobry (same pielęgniarki), 6 pielęgniarzy — wynik dobry, jeden — wystarczający.

Na zakończenie tej małej statystyki interesującą informacja wskazująca, iż praca nasza szkolenia młodego personelu pielęgniarskiege jest w odniesieniu do pielęgniarek syzyfową. Z nich bowiem ukończyło kursy i zdało egzamin w zakładzie świeckim—23, co wydaje się liczbą wielką, dającą gwarancję, iż w całym zespole żeńskim personelu pielęgniarskiego służba pełnioną będzie w myśl zasad wpojonyah na kursach. Tymczasem z owych 23 egzaminowapielęgniarek do dziś dziesięć już ubyło i to w czasie od jednego miesiąca do 3 lat i 2 miesięcy po osiągnięciu kwalifikacji pielęgniarskich t. j. po zdaniu egzaminu.

Przedstawiwszy w ten sposób problemy związane z organizacją szkolenią personelu pielęgniarskiego w zakładach psychjatrycznych i wyniki dotychczasowych usiłowań w poszczególnych naszych zakładach, których zwięzłe ujęcie spowodowane było ograniczeniem czasu dla referatów na Zjeździe, dochodzę do następejacych wniosków, względnie przedkładam następujące propozycje.

1) Szkolenie powinno się odbywać nie w jednej centralnej szkole pielęgniarstwa psychjatrycznego, tylko w każdym publicznym zakładzie psychjatrycznym.

2) Jednolitość szkolenia osiągnie się przez napisanie podręcznika, mającego być wydanym przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Uwyględniam w propozycji tej artykuł 46 projektu rozporządzenia o opiece ned osobami psychicznie choremi, poddający wszelkie sprawy z opieką tą związane pod nadzór Pana Ministra Spraw Wewnętrznych.

Wobec tego atoli, iż wejście w życie ustawy psychjatr yczne zostało opóźnione, a sprawa podręcznika mającego ujednostajnić szkolenie personelu pielęgniarskiego jest pilną, zaaprobowaniem tegoż zająć by się mogło Polskie Towarzystwo Psychjatryczne.

3) Kursy winny się kończyć egzaminem w obecności delegata władzy nadzorczej zakładu.

4) Urządzenie kursów uzupełniających dla personele pielęgniarskiego dłuższy czas (szereg lat) w służbie zakładowej będącego, jakoteż kursów wyższych dla personelu pielęgniarskiego już egzaminowanego pozostawia się inicjatywie dyrekcji poszczególnych zakładów.

Pragnąc, by postawienie na porządku dziennym obecnego Zjazdu sprawy szkolenia personelu pielęgniarskiego zakończyło się tym razem konkretnym rezultatem i zdając sobie sprawę, iż w dyskusji

na tak licznem plenum poza ogólnemi wskazówkami szczegółów ustalić by nie można, pozwalam sobie zaprojektować następującą uchwałę.

VIII Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie zważywszy, że sprawa jednolitego zorganizowania szkolenia służby pielęgniarskiej w polskich zakładach psychjatrycznych jest doniosłą i pilną, wybiera komisję z siedmiu członków, wśród nich delegata Ministerstwa Spraw Wewnętrznych która 1) ustali zakres wymagań stawianych kandydatom do zawodu pielęgniarskiego, 2) w ogólnych zarysach określi program szkolenia, 3) jednemu lub kilku autorom poleci napisanie zgodnego z temi zarysami podręcznika i 4) zaopinjuje i zajmie się wydaniem tegoż podręcznika.

PIŚMIENNICTWO.

1. Pamiętnik Pierwszego Zjazdu Psychjatrów Polskich. Warszawa. 1921.
2. Krankenpflege — Lehrbuch herausgegeben von der Medizinalabteilung des Königlich Preussischen Ministeriums des Innern. Berlin. 1915.
3. Prof. Dr. O. Rapmund u. Prof. Dr. E. Dietrich: Ärztliche Rechts-und Gesetzeskunde. Leipzig. 1913.
4. Dr. W. Morgenthaler: Entwurf zu einer Schule für das schweizerische Irrenpflegepersonal—Schweizerische Medizinische Wochenschrift, No. 38 vom 17/IX. 1925.
5. Dr. H. Schlöss: Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten—Wien und Leipzig. 1915.
6. Dr. Hans Roemer: Zur beruflichen Ausbildung des Pflegepersonals-Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin; 85 Band. Berlin und Leipzig. 1926.
7. Dr. Valentin Falthauser: Geisteskrankenpflege. Halle a. S. 1925.
8. Dr. L. Scholz — Prof. Dr. Dannemann: Leitfaden für Irrenpfleger. Halle a. d. S. 1927.
9. Kraepelin: Psychiatrie I. Band. Leipzig. 1909.
10. Dr. A. Gross: Allgemeine Therapie der Psychosen. Aschaffenburg: Handbuch der Psychiatrie. 4 Abt. Leipzig—Wien. 1912.
11. Sprawozdania zakładów psychjatrycznych w Tworkach (za lata 1924, 1925, 1926, 1927) w Kobierzynie (1925, 1926, 1927), w Kochanówce (1925) i Szpitala Jana Bożego w Warszawie za rok 1925.

KRONIKA PSYCHJATRYCZNA.

Projekt ustawy o opiece nad osobami psychicznie chorymi po nieudanej próbie nadania mu mocy prawnej w drodze „Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej" ma pójść pod obrady ciał ustawodawczych.

Projekt nie wywołał w kołach lekarskich tej dyskusji prasowej, jakiej można było oczekiwać po rozprawach ustnych nad nią na ostatnim naszym zjeździe. Jedynie kol. Piotrowski z Dziekanki wypowiedział w druku swoje „Uwagi krytyczne" o projekcie.

Po ferjach projekt ustawy został skierowany do Prezydenta Rady Ministrów, gdzie poddali go krytyce prawnicy. Zwrócono tam szczególną uwagę na dwutorowość biegu zażaleń, przewidzianych w art. 30 i 41 projektu i zażądano ponownych narad przedstawicieli obu zainteresowanych Ministerstw t. j. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Ministerstwa Sprawiedliwości nad tą sprawą. W wyniku szeregu narad delegatów obu zainteresowanych Ministerstw z przedstawicielami Prezydjum Rady Ministrów dwa rozdziały projektu, a mianowicie rodz. IV i rozdz. VI zostały poddane gruntownej przeróbce.

Zmiany, wprowadzone do projektu, ograniczają bardzo wybitnie zakres ingerencji władz sądowych do spraw, związanych z zażaleniami na niesłuszne pozbawienie wolności przez umieszczenie lub przetrzymywanie w zakładzie psychjatrycznym. Ingerencja sądu ma być zredukowaną do przypadków niezadowolenia stron zainteresowanych z decyzji władzy administracyjnej (inspektora psychjatrycznego, działającego w imieniu wojewody). Sąd stałby się zatem w tej koncepcji zasadniczo instancją odwoławczą. Sąd mógłby jednak rozpatrywać te sprawy także i w pierwszej instancji, gdyby w pewnych razach wyjątkowych żądał tego prokurator.

Zmiany, dokonane w projekcie przy nowej—8-ej z rzędu—jego redakcji, wyjdą mu niewątpliwie na korzyść; upraszczają one sprawy nadzoru państwa nad zakładami psychjatrycznemi, — dwutorowości w biegu spraw, które rozstrzygane byłyby ostatecznie w najwyższej instancji Kolegium Sądowo-psychjatrycznego, całkowicie jednak nie usuwają. Trudności, na jakie projekt natknąć się może jeszcze dalej, skoro dostanie się na forum ciał ustawodawczych, przewidzieć niepodobna.

Sprawy budowy nowych zakładów psychjatrycznych obudziła pewne zainteresowanie w województwach.

Opierając się na Rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej o związkach celowych samorządów, kilka województw przystępuje już do organizowania związków dla celów budowy zakładów psychjatrycznych.

Przykład dało Województwo Warszawskie, które po zorganizowaniu związku celowego powołało do życia specjalny komitet dla sprawy budowy zakładu w Gostyninie. Komitet ogłosił konkurs na szkicowy projekt budowlany. Konkursem za-

interesował się też i poparł go finansowo magistrat m. stoł. Warszawy ze względu na projekt budowania własnego zakładu w okolicy Bielan.

Wyznaczono 3 nagrody za projekty względnie najlepsze. Na konkurs wpłynęło 11 prac. Nagrodę pierwszą (10.000 zł.) przyznano projektowi Nr. 10, którego autorami byli inżynierowie: Madurowicz, Kapuściński, Gravier, Jastrzębski i Pawłowicz; drugą nagrodę (7.000.) otrzymał projekt Nr. 1 (autorzy — inżynierowie Mieczysław i Józef Łęczyccy); trzecią nagrodę (4.000 zł.) otrzymała praca Nr. 2 (autorzy— inżynierowie Geldbard, Korngold, Roman i Grzegorz Sygalinowie). Ponadto sąd konkursowy wybrał do zakupu projekt Nr. 5 (autorzy—Majewski i Kunstetter) oraz prace Nr. 9, której autorami są laureaci pierwszej nagrody.

Po zakończeniu w dn. 5.XI 1928 r. prac sądu konkursowego projekty zgłoszone zostały wystawione na widok publiczny w czasie od 9 do 18.XI.

Konkurs nie osiągnął celu, o który chodziło. Żadna z prac zgłoszonych do konkursu nie nadaje się do realizowania jej w Gostyninie. Wszyscy biorący udział w sądzie konkursowym, przekonać się mogli, żo architekci bez współpracy psychjatrów nie rozwiążą tego trudnego zadania, jakie stanowi zaprojektowanie zakładu psychjatrycznego.

Ze względu na to, że wszystkie bez wyjątku projekty opracowywały spółki, trudno będzie zorjentować się w sprawie wyboru architekta do opracowania projektu konkretnego już przy udziale przyszłego dyrektora zakładu.

Pomimo to przecież konkurs nie jest pozbawiony dodatnich skutków. Paląca sprawa budowy zakładów psychjatrycznych została spopularyzowana, architekci zainteresowali się tą sprawą. Wszyscy musieli zastanowić się nad tematem i nad trudnościami, jakie w sobie zawiera. Przyznać trzeba, że niektóre fragmenty budodowy zostały przez stających do konkursu rozwiązane zupełnie dobrze i mogą być wyzyskane przy budowie mających powstać zakładów. Projekty nagrodzone i zakupione stały się własnością Województwa Warszawskiego.

Za przykładem Województwa Warszawskiego poszły już inne województwa i organizują u siebie związki celowe dla budowy zakładów psychjatrycznych. Dotychczas ruch w tym kierunku zaznaczył się już w województwach: Białostockiem, Lubelskiem, Wileńskiem, Nowogrodzkiem i Wołyńskiem. Nadal jeszcze na martwym punkcie stoi ta sprawa w województwach: Kieleckiem, Poleskiem, Stanisławoskiem, Tarnopolskiem. Rażącym jest brak zainteresowania sprawą zakładu psychjatrycznego w Województwie Kieleckiem, jednem z najliczniejszych i może najzamożniejszych, które dotychczas zadawalnia się małym ośrodkiem psychjatrycznym przy szpitalu w Miechowie.

Sprawa budowy zakładu w Chełmie posunęła się o tyle, że zaangażowano do niej prof. arch. Klimczaka zc Lwowa, który przy udziale kol. Fuhrmana, jako przyszłego dyrektora zakładu, ma zająć się opracowaniem projektu budowy z uwzględnieniem adaptacji istniejących budynków b. pałacu gubernatorskiego i b. urzędu gubernialnego.

Województo Wileńskie otrzymuje od Ministerstwa Reform Rolnych około 400 ha. ziemi w majątku Kojrany pod budowę własnego zakładu, a Województwo Białostockie nosi się z zamiarem nabycia dla tego celu u siebie terenu i zabudowań b. fabryki sukna w Choroszczy.

* * *

Dnia 10 października 1928 r. odbyła się uroczystość poświęcenia i otwarcia „Szpitala dla nerwowo i umysłowo chorych więźniów" w Grodzisku Mazowieckim.

Nowa instytucja jest właściwie więzieniem, do którego mają być przysyłani z innych zakładów karnych ci więźniowie, u których wystąpiły objawy choroby psychicznej w trakcie odbywania kary po prawomocnym wyroku sądowym. Już sam wybór miejsca dla tego rodzaju zakładu nie może być nazwany szczęśliwym: zakład mieści się tuż przy ruchliwej stacji kolejowej niemal że w środku miasta. Drugą ujemną stroną tego zakładu jest to, iż nie jest on instytucją wyłącznie tylko dla chorych poświęconą; do części dawnego więzienia, a mianowicie do oficyn w podwórzu mają być w dalszym ciągu przyjmowani więźniowie śledczy z okręgu sądowego Grodzisk. Przeróbki dokonane w budynku więziennym, nie zmieniły w istocie rzeczy jego charakteru więziennego i z punktu widzenia postulatów psychjatrycznych pozostawiają bardzo wiele do życzenia. Ponieważ zakład nie jest przystosowany do przyjmowania chorych, internowanych po myśli § 39 i nie ma w programie swoim zorganizowania obserwacji sądowo-psychjatrycznej więźniów śledczych, mało jest widoków na to, by przyniósł o ulgę władzom wymiaru sprawiedliwości, które przedewszystkiem chciałyby usunąć z więzień psychicznie chorych uznanych już za niepoczytalnych.

* * *

W zakładach istniejących robią się powoli inwestycje budowlane. W Kochanówce dn. 25.XI poświęcono nowy pawilon, któremu nadano nazwę Pawilonu D-ra W. Chodźki; w Dziekance ma wkrótce powstać „Sanatorjum dla neurotyków“ na 60—100 miejsc; w Tworkach 1.X. 28 otwarto nowozbudowany dom mieszkalny dla 40 rodzin personelu pielęgniarskiego; w Kulparkowie buduje się wieża ciśnień dla nowego własnego wodociągu.

W Dziekance, jak pisze o tem dyr. Piotrowski, omawia się projekt wybudowania 2-ch nowych pawilonów na 200 łóżek dla chorych z województw wschodnich.

O ile z radością powitać należy inwestycje, zmierzające do udoskonalenia zakładów psychjatrycznych przestarzałych i wadliwych, o tyle wydaje się nam nieco bezplanowem z punktu widzenia potrzeb państwowych obracanie funduszów publicznych na powiększanie liczby miejsc w tych dzielnicach, które tych miejsc dla siebie nie potrzebują.

* * *

Na obszarze m. st. Warszawy powstać ma podobno już wkrótce zaczątek opieki pozakładowej. Organizuje ją Szpital Ś-go Jana Bożego, który dla tej sprawy ma uzyskać specjalny etat lekarski.

Po uruchomieniu zakładu dla alkoholików w Gościejcwie, który jeszcze sprawozdania ze swych czynności nie ogłosił, Departament Służby Zdrowia zamierza utworzyć drugi zakład podobny w Grodzieńszczyźnie. Dla tego celu ma być nabyty z funduszów państwowych majątek ziemski Świack.

Że zakłady dla alkoholików i narkomanów są nam bardzo potrzebne, o tem nikt wątpić nie będzie; wydaje się jednak rzeczą dość wątpliwą, czy zakład taki, urządzony gdzieś w głuchej wsi, zdala od większego ośrodka psychjatrycznego i bez kontaktu z zakładem psychjatrycznym będzie mógł funkcjonować prawidłowo w naszych warunkach. O leczeniu alkoholików i narkomanów, udających się do zakładu dobrowolnie, można myśleć, jak kto chce, każdy wie jednak, że w problemacie klęski alkoholizmu i narkomanji ci „dobrowolnie leczący się pacjenci“ zajmują miejsce bardzo drugorzędne. Przymusowego leczenia alkoholików i narkomanów, jako takich, bez nadawania im etykiety psychicznie chorych, nie możemy u nas oprzeć na podstawie prawnej, tak jak to się dzieje w innych krajach. Dopóki takiego prawa nie mamy (a o tem czas byłoby już pomyśleć) chodziłoby o to by to przymusowe leczenie, jakie się da przeprowadzić pod szyldem chorobliwego

rozstroju psychicznego, nie narażało alkoholików i narkomanów na przykrości zetknięcia się z przychicznie chorymi innych kategorji. Celowem byłoby zatem tworzenie zakładów dla alkoholików i narkomanów pod egidą i w ścisłym kontakcie z zakładami psychjatrycznemi, gdzie znajdą się odpowiednio przygotowane siły lekarskie i środki do przeprowadzenia przymusu, jeśli tego zajdzie potrzeba.

Wiadomą jest rzeczą, jak doniosłym faktem w zakładzie dla alkoholików jest osoba jego kierownika; wiadomo, że chodzi tu o człowieka idejowego, który ma tym lub innym sposobem nakłonić alkoholika do abstynencji. Czy można liczyć na to, by na głuchej wsi, dla leczenia kilkunastu czy kilkudziesięciu alkoholików dało się zdobyć lekarza psychjatrę z pewnym doświadczeniem i tym specyficznym zapałem, który stanowi warunek silne qua non skuteczności jego pracy w zakładzie. Powierzenie zakładu dla alkoholików przygodnemu lekarzowi z sąsiedztwa, którego zajmują zupełnie inne sprawy, lekarzowi, który może być zwolennikiem umiarkowanego picia, albo nawet sam może pić nieumiarkowanie, będzie śmieszną zabawą w ciuciubabkę i zdrową ideję sanatorjum dla alkoholików może ośmieszyć całkowicie.

W. Ł.

SPRAWOZDANIA I ODEZWY.

SPRAWOZDANIE
Z VIII ZJAZDU PSYCHJATRÓW POLSKICH.

odbytego w Warszawie w dniach 27 — 29.V. 1928 r.

Już od godziny 9-ej rano I-go dnia Zjezdu liczni uczestnicy, zwłaszcza przyezdni, gromadzili się w gmachu Zakładu Anatomicznego Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie przed salą wykładową funkcjonował sekretarjat gospodarczy Zjazdu, wydając karty uczestnictwa, ulgi kolejowe, przyjmując zapisy na bankiet, obiad, teatr i t. d.

Punktualnie o godzinie 10-ej rano w sali wykładowej tegoż Zakładu zostały rozpoczęte obrady. Powitał Zjazd i zagaił obrady prof. Mazurkiewicz, proponując na przewodniczącego prof. Radziwiłłowicza. Propozycja ta została przyjęta przez aklamację. Prof. Radziwiłłowicz, objąwszy przewodnictwo, zaprosił do prezydjum:

Prof. Piltza, prof. Minkowskiego, prof. Mazurkiewicz, min. Chodźkę, dra Rosego, dyr. Morawskiego, dyr. Kryzana, dyr. Bendnarza i dyr. Wiendlochę, na sekretarza jeneralnego d-ra Dreszera; na sekretarzy: dr. dr. Jankowską, Sikorską, Świderkównę, Janusza, Pragera i Wilczka.

Po powitaniu Zjazdu przez przedstawiciela Min. Spr. Wewn., przez prof. Mazurkiewicza w imieniu Min. W. R. i O. P. i Wydziału Lekarskiego U. W., przez prof. Piltza w imieniu Wydziału Lekarskiego Un. Jag., przez prof. Minkowskiego w imieniu psychjatrów szwajcarskich, przez prof. Radziwiłłowicza w imieniu Wydziału Lekarskiego Un. St. Bat., i przez red. Neymarka w imieniu Polskiego Tow. Kryminologicznego, Zjazd przystąpił do właściwych obrad. Na wstępie prof. Radziwiłłowicz wygłosił wykład o „Doświadczalnem i pozadoświadczalnem w psychjatrji". Resztę posiedzenia przedpołudniowego i całe posiedzenie popołudniowe zajęły referaty o podaczce, która była głównym tematem tego dnia Zjazdu.

Poszczególne referaty: 1) doc. Morawski: „Dziedziczność w padaczce"; 2) doc. Zieliński: „Konstytucja w padaczce". 3) prof. Minkowski: „Anatomja patalogiczna w padaczce". 4) dr. Rose: „Zmiany architektoniki mózgowej w padaczce". 5) prof. Orzechowski: „Klinika padaczki celesnej". 6) prof. Piltz: „Klinika padaczkowych zaburzeń psychicznych". 7) dr. Nelken: „Sądowo-psychjatryczne znaczenie padaczki". 8) dr. Sterling: „Pogranicza padaczki". 9) dr. Sikorska: „Leczenie padaczki". 10) dr. Drohocki: „Psychologiczne badania nad epilepsją według metody Rohrschacha". 11) dr. Wichert i dr. Dreszer: „Z histopatologji padaczki". 12) dr. Milewski i dr. Wilczkowski: „Obserwacja kapilaroskopowa u epileptyków".

Z wyżej wymienionych referatów największe zainteresowanie wzbudziły referaty prof. Minkowskiego, prof. Orzechowskiego, który wyłożył swoją bardzo cieka-

wą teorję mechanizmu napadu padaczkowego, i dr. Rosego, który poruszał tematy, obecnie w dziedzinie histopatologji mózgu bardzo aktualne i nowe.

Wieczór I-go dnia Zjazdu część uczestników, zwłaszcza przyjezdnych, spędziła na przedstawieniu w teatrze Polskim.

II-gi dzień Zjazdu poświęcony był w pierwszym rzędzie referatom natury społeczno-psychjatrycznej, a częściowo referatom o padacze, które nie zostały wygłoszone dnia poprzedniego.

Referaty wygłosili: 1) doc. Morawski: „Rola pielęgniarstwa w opiece nad psychicznie chorymi". 2) inż. Wojciechowski: „Dobór personelu pod względem psychotechnicznym". 3) dr. Fuhrman: „Program wyszkolenia personelu psychjatrycznego„. 4) min. Chodźko: „Opieka otwarta nad psychicznie chorymi"' 5) p. Babicka: „Organizacja pracy pielęgniarskiej pozazakładowej". 6) p. Babicka: „Projekt ustawy o wykonywaniu praktyki pielęgniarskiej". 7) dyr. Łuniewski i kur. Rychliński: Uwagi o ustawie i opiece nad psychicznie-chorymi". Referaty dodatkowe o padaczce wygłosili: 8) dr. Zajączkowski: „Zaburzenia czucia powierzchownego w epilepsji", 9) dr. Mańkowski: „Wpływ autohemoterapji na przebieg padaczki". 10) dr. Prager: „Twórczość epileptyków". 11) dr. Jankowska: „Badania nad sprawnością czynnościową wątroby w padaczce" (doniesienie tymczasowe). 12) dr. Łapiński: „Z historji szpitala Św. Jana Bożego".

Nad referatami o treści społeczno-psychjatrycznej wywiązała się bardzo ożywiona i chwilami gorąca dyskusja, zwłaszcza ustawa o opiece nad psychicznie chorymi wowołała dużą różnicę zdań i poglądów. Dyskusja ta skrystalizowała sie w szeregu wniosków, przyjętych następnie w III-im dniu Zjazdu.

II-gi dzień Zjazdu zakończył bankiet, urządzony w hotelu „Polonia", na który zjawili się liczni uczestnicy Zjazdu i zaproszeni goście. Bankiet różnił się od innych tego rodzaju bankietów tem, że był wybitnie bezalkoholowy — do tego stopnia, że nawet toasty spełniono wodą sodową. Pomimo tego „braku" bankiet wśród miłego nastroju przeciągnął się do późnej nocy.

III-ci dzień Zjazdu, korzystając z uprzejmego zaproszenia dyrektora Zakładu w Tworkach, spędzono w wyżej wymienionym Zakładzie. Na salę obrad wyznaczony był pawilon, malowniczo położony w głębi ogrodu zakładowego. Poranek wypełniały referaty na tematy luźne: 1) dr. Wizel i dr. Markuszewicz: „Drugie sprawozdanie z prób leczenia schizofrenji zimnicą". 2) dr. Matecki: „O leczeniu schizofrenji zimnicą". 3) dr. Handelsman: „Próby leczenia schizofrenji metodą Walbuma". 4) dr. Jankowska: „Przyczynek doświadczalny do nauki o ejdetyzmie i jego związku z konstytucją fizyczną". 5) dr. Janusz: „Eteryzacja, jako metoda rozpoznawcza w psychjatrji". 6) dr. Becker: „Rozpowszechnienie i rodzaj chorób umysłowych wśród Żydów w Polsce". 7) dr. Brunowa: „Z badań nad genealogją rodzin alkoholików". 8) dr. Mikulski: „Badania zasobu słów u osób zdrowych i porażeńców postępujących". 9) mjr. dr. Babecki i dr. Mikulski: „Demonstracja aparatu Vernes'a i odczyn Vernes'a w chorobach psychicznych". 10) dr. Bornsztajn: „Znaczenie freudyzmu w psychjatrji".

Następnie zebrani udali się na obiad, wydany przez Zakład w Tworkach na cześć uczestników Zjazdu. Po obiedzie zebrani z wznowioną energją przystąpili do najważniejszego bodaj etapu Zjazdu, do skonstruowania i uchwalenia wniosków, co całkowicie wypełniło ostatnie posiedzenie zjazdowe.

1) wniosek dr. Deresza: „VIII Zjazd Psychjatrów Polskich uchwalić raczy: Zważywszy na katastrofalny stan opieki nad psychicznie chorymi w Polsce, VIII Zjazd Psychjatrów Polskich stwierdza, że niezwłoczna wydatna akcja ze strony

Rządu jest konieczna. Dla przeprowadzenia planowej organizacji opieki nad psychicznie chorymi niezbędnem jest: 1) ustanowienie centralnego autorytatywnego, wyposażonego w należyte siły i środki pomocnicze, Urzędu do spraw psychjatrycznych; 2) spieszne przeprowadzenie przez ciała prawodawcze Ustawy Psychjatrycznej; 3) wyjednanie dostatecznych kredytów na rozpoczęcie budowy nowych zakładów psychjatrycznych; 4) polecenie czynnikom administracyjnym (lekarzom wojewódzkim i powiatowym), aby w porozumieniu z samorządami powołali do życia organizacje społeczne dla opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi; 5) ustalenie znacznych dodatków do uposażeń personelu zakładów psychjatrycznych wogóle, a lekarzy w szczególności, gdyż obecne wynagrodzenia lekarzy nie mogą zaspokoić nawet podstawowych potrzeb człowieka kulturalnego; 6) zorganizowanie kursów dokształcających dla lekarzy, którzy zechcą poświęcić się psychjatrji, oraz kursów dla personelu pomocniczego.

Ze względu na znaczny wpływ wywieramy przez alkohol na rozwój chorób psychicznych oraz na ogólny stan zdrowotny, moralny i społeczny ludności, Zjazd zwraca się do Władz Rządowych z gorącem apelem wykonania w całej rozciągłości Ustawy Przeciwalkoholowej i właściwego całkowitego wydatkowania sum, przeznaczonych przez Ustawę na walkę z alkoholizmem". Wniosek został uchwalony z tem, że Zarząd będzie miał prawo robienia modyfikacji, a wniosek końcowy o alkoholizmie będzie ogłoszony pro foro externo.

2) wniosek: „VIII Zjazd Psychjatrów Polskich, zważywszy, że rozwój higjeny psychicznej pod względem państwowym jest niemniej ważny, niż rozwój higjeny fizycznej, zwraca uwagę tak społeczeństwa, jak i Rządu na konieczność zaopiekowania się w tym celu psychjatrją w Polsce, a to przez rozwój szpitalnictwa, odpowiednie wyposażenie klinik psychjatrycznych oraz stworzenie dostatecznie licznego i odpowiednio przygotowanego stanu lekarzy psychjatrów".

Wniosek został uchwalony z podobnem co poprzedni zastrzeżeniem.

3) wniosek dr. Łapińskiego; „Opieka nad psychicznie chorymi w Państwie Polskiem znajduje się w stanie rozpaczliwym; władze rządowe i samorządowe projektują częstokroć bez udziału rzeczoznawców budowę zakładów psychjatrycznych w rozmaitych okolicach Rzeczypospolitej. VIII Zjazd Psychjatrów Polskich uważa postępowanie takie za niedopuszczalne i prosi władze odnośne, by w sprawie opieki nad psychicznie chorymi bez udziału psychjatrów nic nie przedsiębrano".

Wniosek przyjęto z poleceniem dla Zarządu, ażeby odpowiednim czynnikom przedstawił osobiście wagę tych zagadnień i wniosek ogłosił w prasie.

4) wniosek dyr. Łuniewskiego: „Celem ujednostajnienia sprawozdań zakładowych i umożliwienia zbierania materjału statystycznego, dotyczącego nosologji psychjatrycznej całej Polski, Zjazd powołuje komisję, która przedstawi następnemu Zjazdowi projekt wzorowego sprawozdania".

Wniosek został przyjęty, do komisji weszli; dyr. Łuniewski, doc. Morawski, dyr. Piotrowski, dr. Becker, dr. Nelken, dyr. Bednarz.

5) wniosek dr. Fuhrmana: „VIII Zajazd Psychjatrów Polskich w Warszawie zważywszy, że sprawa jednolitego zorganizowania szkolenia służby pielęgniarskiej w polskich zakładach psychjatrycznych jest doniosłą i pilną, wybiera komisję z siedmiu członków (wśród nich delegata Min. Spr. Wew.) która 1) ustali zakres wymagań, stawianych kandydatom do zawodu pielęgniarskiego: 2) w ogólnych zarysach określi program szkolenia, 3) jednemu lub kilku autorom poleci napisanie zgodnego z temi zarysami podręcznika i 4) zaopinjuje i zajmie się wydaniem tegoż podręcznika".

Jako zbyt szczegółowy wniosek uchwalono w zasadzie z tem, że Zarząd go przeredaguje i zmodyfikuje.

6) wniosek prof. Radziwiłłowicza: „Wydanie Ustawy o opiece nad psychicznie chorymi jest szczególnie pilne. Ustawa powinna być oparta na zasadach ustalonych przez II Zjazd Psychjatrów Polskich, odbyty w Poznaniu w 1921 r. VIII Zjazd Psychjatrów Polskich wybiera delegację, której porusza obronę powyższych zasad. W skład delegacji wchodzą: min. Chodźko, prof. Radziwiłłowicz i dyr. Łuniewski z prawem kooptacji". Wniosek został uchwalony.

Następnie postanowiono przyszły Zjazd odbyć w Wilnie we wrześniu 1929 r. Uchwalono tematy naukowe wybierać na 2 lata zgóry. Na przyszły Zjazd jako temat naukowy wybrano psychopatję konstytucjonalną, na Zjazd w 1930 r. alkoholizm.

Polecono jednocześnie Zarządowi wybór tematu z zakresu psychjatrji społecznej.

Na tem Zjazd został zamknięty.

Bezpośrednio po zamknięciu Zjazdu odbyło się Walne Zgromadzenie Polskiego Towcrzystwa Psychjatrycznego, na którem wybrano nowy Zarząd Główny w następującym składzie: prezes — min. dr. W. Chodźko, wiceprezes — dyr. dr. W. Łuniewski, sekretarz — dr. J. Handelsman' skarbnik — dyr. dr. T. Łapiński, redaktor „Rocznika Psychjatrycznego" -- pułk. dr. J. Nelken.

Dreszer.

* * *

VIII Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie 29.V 1928 r. jednogłośnie przyjął następujące wnioski:

Zważywszy, że rozwój hygjeny psychicznej pod względem państwowym jest nie mniej ważny, jak rozwój hygieny fizycznej. Zjazd zwraca uwagę tak społeczeństwa jak i czynników miarodajnych na konieczność należytego zaopiekowania się psychjatrją w Polsce.

Biorąc pod uwagę, że władze samorządowe i rządowe w ostatnich czasach projektują budowę zakładów psychjatrycznych doraźnie, nieuwzględniając istotnych potrzeb opieki nad psychicznie chorymi i że tego rodzaju decyzje mogą w rozwoju opieki psychjatrycznej w Państwie spowodować niepowetowaną szkodę w przyszłości, VIII Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca uwagę władz odnośnych na konieczność ścisłego współdziałania z psychjatrami i powoływania, przy opracowaniu projektów rozbudowy, psychjatrów jako rzeczoznawców.

VIII Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do władz rządowych z gorącym apelem wykonania w całej rozciągłości Ustawy przeciwalkoholowej i właściwego całkowitego wydatkowania sum, przeznaczonych przez Ustawę na walkę z alkoholizmem.

* * *

VIII Polski Kongres Przeciwalkoholowy odbył się pod protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej w Lublinie 8 i 9 grudnia r. b.

Wysoki poziom większości referatów i odczytów sprawił, że zainteresowanie uczestników Kongresu nie słabło od początku do końca. Sprawa walki z alkoholizmem w Polsce robi znaczne postępy tak, że można żywić nadzieję, iż w najbliższym Międzynarodowym Kongresie, który odbędzie się w roku 1931 w Warszawie, Polska wystąpi godnie.

Drugiego dnia Lubelski Kongres podzielił się na kilka sekcyj. Uczestnicy-lekarze w liczbie około 30 utworzyli sekcję lekarską, na posiedzeniu której był obecny

P. Marszałek Senatu Dr. Szymański. W wyniku obrad sekcji została powołana Komisja organizacyjna Związku Lekarzy abstynentów Rzeczypospolitej.

Uchwalono zwrócić się z apelem do wszystkich lekarzy, aby bardziej zainteresowali się sprawa walki z alkoholizmem i poddali rewizji pokutujące jeszcze nawet wśród świata lekarskiego przestarzałe poglądy o dodatniem znaczeniu wyrobów alkoholowych.

Sekcja uznała za możliwe podkreślić, że sprawa leczenia alkoholików winny zająć się samorządy, traktując alkoholizm narówni z innemi chorobami społecznemi. Do tego celu należy organizować przychodnie przeciwalkoholowe przy Ośrodkach Zdrowia, gdyż leczenie alkoholików można będzie przeprowadzić racjonalnie tylko wtedy, gdy na przychodniach przeciwalkoholowych oprze się cały system leczenia tego rodzaju chorych. Przychodnie przeciwalkoholowe muszą mieć w swej ewidencji wszystkich tych, którzy są zagrożeni alkoholizmem przewlekłym i będą one przeciwdziałać skutkom nadużywania alkoholu. Tylko wypadki wyjątkowo ciężkie przeważnie ludzi o słabej woli, należy kierować do zakładów dla alkoholików, aby po uzyskaniu poprawy roztoczyć nad nimi opiekę ambulatoryjną, na czas dłuższy.

Brak zakładów dla alkoholików czyni niemożliwem racjonalne leczenie tych, którzy już nie nadają się do leczenia w przychodni Uchwalono wezwać rząd i samorządy do budowy zakładów dla alkoholików.

Sekcja uznała za konieczne rozszerzyć liczbę metod i środków terapeutycznych, stosowanych objawowo przy leczeniu alkoholików, zastrzegając się bardzo energicznie przeciwko znachorstwu, jakiem byłoby wmawianie w pacjentów, że posiadamy swoiste leki przeciwalkoholowe.

Uchwalono prosić wydziały lekarskie naszych wszechnic, aby uwzględniły przy klinikach psychjatrycznych pracę nad naukowem badaniem metod leczniczych, jakie można zastosować u alkoholików.

Uczestnicy obrad z żywem zadowoleniem przyjęli wiadomość, że Polskie Towarzystwo Psychjatryczne uchwaliła obrać alkoholizm jako temat główny obrad zjazdu w 1930 roku. Wyrażono nadzieję, że i na przyszłorocznym zjeździe w Wilnie w sekcji neurologiczno-psychjatrycznej temat ten będzie poruszony.

Powyższe postulaty Sekcji lekarskiej zostały przyjęte przez Plenum Kongresu wraz z całym szeregiem uchwał innych Sękcyj.

Deresz.

* * *

VIII Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie dn. 29/V 1928 r. uchwalił by następny Zjazd odbył się, jako sekcja psychjatryczna XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. Na skutek tej decyzji, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego po porozumieniu się z przewodniczącym sekcji psychjatrycznej XIII Zjazdu w Wilnie prof. *Radziwiłłowiczem*, zgodnie z dezyderatami, wypowiedzianemi na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich, ustalił jako tematy główne:

1) *Psychopatja konstytucyjna.*
2) *Program budowlany szpitalnictwa psychjatrycznego w Polsce.*

Przewodniczący sekcji psychjatrycznej podaje następujący tymczasowy program prac:

Termin Zjazdu ustalony został na d. 26—29 września 1929 r. Posiedzenie przedpołudniowe 26/IX wypełni zebranie plenarne Zjazdu; pozatem w dniach 27, 28, 29 września godziny ranne od 9—10 przeznaczone są na wykłady plenarne z odczytami profesorów: Marchlewskiego, Godlewskiego, Nowickiego, Piaseckiego. Przedpołudniowe

posiedzenie 29.IX wypełni plenarne posiedzenie, uchwały, zamknięcie Zjazdu. W ten sposób dla sekcji psychjatrycznej pozostaje 26.IX posiedzenie popołudniowe (łącznie z sekcją neurologiczną) — 27.IX oraz 28.IX; w tym dniu odbędzie się Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. W sekcjach połączonych proponowane są odczyty doc. *Rosego* z Warszawy p.t.: „Zasady architektonicznej lokalizacji w korze mózgowej" oraz dr. *Hurynowiczówny* (Wilno) p.t.: „Chronaksja".

Do wygłoszenia referatów dla tematu „Psychopatja konstytucjonalna" zaproszeni zostali: prof. Mazurkiewicz, E. i F. Minkowscy (z Paryża), Wilczkowski, Sterling, Nelken, Grzegorzewska, Rozenblumówna, Falkowski, Łuniewski; dla tematu „Program budowlany szpitalnictwa psychjatrycznego"—Bednarz, Piotrowski, Łuniewski, Radziwiłłowicz.

Uwagi: 1) Wszystkich referentów uprasza się o przysłanie swoich referatów najpóźniej do końca maja 1929 r. do Redakcji „Rocznika Psychjatrycznego" pod adresem red. *J. Nelkena* — Warszawa, Matejki 6, w celu umieszczenia *in extenso* w „Roczniku" (Zeszyt „Rocznika" z wydrukowanemi pracami będzie rozesłany przed Zjazdem), czas zaś wygłoszenia streszczenia referatu zostaje ograniczony do 10 minut, by pozostawić więcej czasu na dyskusję.

2) Uprasza się o zgłaszanie odczytów luźnych do przewodniczącego sekcji prof. *Radziwiłłowicza* — Wilno, Klinika Psychjatryczna, ul. Letnia 5, Antokol, do dnia 1 czerwca 1929 r.

* * *

Zjazd Lekarzy Kresowych w Łucku (30—31.VIII.28) uchwalił po referacie dr. med. Zdzisława Szymońskiego (Drewnica) p. t. „Opieka nad psychicznie chorymi na ziemiach polskich" na wniosek referenta następujące rezolucje:

1) Opieka nad psychicznie chorymi w Państwie Polskiem a w szczególności na Kresach Wschodnich jest niedostateczna;

2) tysiące istnień ludzkich marnieje z powodu braku racjonalnej opieki opartej na zasadach współczesnej psychjatrji;

3) uznając zasadniczo za konieczne, by każde województwo posiadało jeden duży szpital psychjatryczny dąży i wzywa Obywateli całego Państwa, a w szczególności Kresów Wschodnich, do wywierania nacisku na władze samorządowe i pomocy w wybudowie conajmniej jednego dużego szpitala psychjatrycznego dla mieszkańców Kresów Wschodnich;

4) koniecznem jest żywe współdziałanie władz samorządowych z akcją społeczeństwa;

5) wskazanem jest, by społeczeństwo organizowało w każdem województwie Tow. Opieki nad umysłowo chorymi, które to Tow. byłyby taranem dla rozbicia przesądów panujących o szpitalach psychjatrycznych i o umysłowo chorych.

* * *

W dniu 19 listopada o godzinie 9-tej wieczorem w lokalu Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych odbyło się inauguracyjne posiedzenie członków—założycieli Polskiego Towarzystwa Popierania Badań Mózgu w składzie następującym: Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, który jednocześnie reprezentował naposiedzeniu niemogących wziąć udziału w posiedzeniach z przyczyn służbowych: Pana Ministra Spraw Wewnętrznych d-ra Felicjana Sławoj-Składkowskiego i Dyrektora Departamentu d-ra Eugenjusza Piestrzyńskiego; dr. Witold Przywieczerski, naczelnik Wydziału Zakładów Leczniczych i Uzdrowiski dr. Witold Łuniewski; dyrektor Państwowego Zakładu Psy-

chjatrycznego w Tworkach; dr. Witold Chodźko, b. Minister Zdrowia Publicznego i dyrektor Państwowej Szkoły Hygjeny; prof. Jan Mazurkiewicz, dyrektor kliniki psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego; prof. Kazimierz Orzechowski, dyrektor kliniki neurologicznej Uniwersytetu Warszawskiego; prof. Mieczysław Konopacki, dyrektor Zakładu Histologicznego Uniwersytetu Warszawskiego i dr. Maksymiljan Rose, kierownik oddziału cytoarchitektonicznego Instytutu Badania w Berlinie.

Po zagajeniu posiedzenia przez d-ra Adamskiego, na przewodniczącego został wybrany przez aklamację prof. Mazurkiewicz

Na wniosek przewodniczącego został przyjęty następujący porządek dzienny posiedzenia inauguracyjnego:

1. Odczytanie statutu Towarzystwa, zarejestrowanego w dniu 17 listopada przez Komisarza Rządu m. st. Warszawy, p. n. „Polskie Towarzystwo Popierania Badań Mózgu".
2. Wybór władz Towarzystwa: zarządu i komisji rewizyjnej.
3. Program działalności Towarzystwa na najbliższą przyszłość.

Na piezwszy okres trzylecia do zarządu zostali powołani: prof. Mazurkiewicz prof. Orzechowski, prof. Konopacki, dr. Adamski, dr. Chodźko i dr. Łuniewski. Do Komisji Rewizyjnej: dr. Piestrzyński, dr. Przywieczerski i doc. dr. Pieńkowski.

Wychodząc z założenia, że celem Towarzystwa jest popieranie badań naukowych mózgu, a w szczególności badań budowy mózgu i jego czynności, przyczyn chorób nerwowych i psychicznych oraz sposobów zapobiegania i leczenia tych chorób (§ 2 statutu), a dla zrealizowania wymienionych zadań Towarzystwo winno w myśl statutu założyć i utrzymać „Polski Instytut Badań Mózgu", którego celem będzie prowadzenie naukowych prac badawczych i doświadczalnych w zakresie działalności Towarzystwa, wydawanie drukiem prac naukowych oraz urządzenie odczytów i zebrań dyskusyjnych z tej dziedziny nauki (§ 3 statutu). Zebrani członkowie — założyciele powierzyli wybranemu zarządowi opracowanie regulaminu szczegółowego, określającego zakres działania Instytutu.

Na tem inauguracyjne posiedzenie Towarzystwa zostało zamknięte.

Po zamknięciu plenarnego posiedzenia odbyło się pierwsze posiedzenie wybranych członków zarządu Towarzystwa z następującym porządkiem dziennym: 1) wybór prezydjum zarządu, 2) powołanie dyrektora Instytutu.

Na prezesa wybrany został prof. Orzechowski, na wiceprezesa — prof. Konopacki, na skarbnika — prof. Mazurkiewicz i na sekretarza — dr. Łuniewski. Na dyrektora Instytutu został powołany dr. Rose.

* *
*

Komitet Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci członków służby zdrowia poległych za Ojczyznę. — Odezwa. — Jak długą jest historja walk o wolność naszej Ojczyzny, tak długą jest lista tych, co w służbie zdrowia wojsk polskich spłacili daniny życia i krwi na jej ołtarzu.

Byli to lekarze, farmaceuci, felczerzy, były siostry-sanitarjuszki i prości sanitarjusze, były też wolontarjuszki i wolontarjusze, dla których głosem sumienia i obowiązku była pomoc walczącym.

Ginęli oni za czasów napoleońskich, ginęli w walkach powstańczych, a późnipj w Legjonach i różnych formacjach ochotniczych.

Dziesiątki i setki ich ginęły w zapomnieniu na oddalonych lądach i morzach, w mrocznych więzieniach Sybiru do końca swych dni służąc współbraciom swą wiedzą i pomocą.

A iluż ich poległo w ostatnich bojach?

Niewiele ich nazwisk zna historja.

Większość poległa tak cicho i niepostrzeżenie, jak cichą była ich praca i poświęcenie dla cierpiących współbraci.

Któż zliczy te imiona, kto oceni ich ofiarność?

Nie społeczeństwo, bo ich nie zna i nic o nich nie wie. Wielkie zadanie sanitarjatu nie zawsze znajduje zrozumienie w społeczeństwie. Ludzi bardziej przekonywa i olśniewa jeden wielki czyn, jeden odruch męstwa, niż długa, cicha i nieefektowna choć ofiarna i pełna niebezpieczeństw praca.

My tylko sami, służba zdrowia winniśmy to ocenić. Rzucony projekt uczczenia pamięci poległych winien znaleść szerokie echo.

Chcemy wznieść im pomnik.

Stanie on w stolicy Odrodzonej Ojczyzny, gdzie będzie widomym znakiem, że nie zginęła pamięć o poległych bojownikach. Będzie on dla przyszłych pokoleń drogowskazem jak należy żyć i umierać dla Ojczyzny.

Komitet zwraca się z gorącym apelem do wszystkich, związanych w jakikolwiek sposób ze służbą zdrowia. Poprzyjcie nas. Nawet drobny, ale zbiorowy wysiłek tysięcy ludzi stworzy dzieło godne pamięci tych, których uczcić chcemy.

Komitet Budowy Pomnika
dla Uczczenia Pamięci Członkom Służby Zdrowia
Poległych za Ojczyznę.

Adres Komitetu: Warszawa, Szpital Ujazdowski. —
Tel. 322-30. — Konto P. K. O. 14.111.

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

Ś. p. Doc. Dr. Juljusz Morawski.

Dnia 12 listopada b.r. zmarł nagle docent Dr. Juljusz Morawski, Dyrektor Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie. Po kilkutygodniowej chorobie, budzącej chwilowo poważne obawy, zdawał się już jednak być rekonwalescentem, i gdy już zamyślał wbrew ostrzeżeniom wkrótce wracać do codziennych zajęć, śmierć przecięła te zamiary, i wyrwała Go nieubłaganie z grona żyjących.

Ś. p. Dr. Juljusz Morawski urodził się 13 lutego 1878 r. w Radziwiliszkach, ziemi Kowieńskiej, jako syn urzędnika kolejowego. Wkrótce po Jego urodzeniu rodzice przenieśli się do Warszawy. W 1886 r. zaczął uczęszczać do II gimnazjum filologicznego w Warszawie, z którego został wydalony w VI klasie za udział w obchodzie ku czci Kilińskiego. W tym okresie stan Jego zdrowia zdawał się tak zagrożony, że wybitny internista radził Mu zupełnie porzucić pracę umysłową, jednak położenie materjalne zmusiło 17 letniego do objęcia posady biurowej na kolei, gdyż ojciec obarczony liczną rodziną, nie mógł mu pomóc. Czas swój dzieli między zajęcia biurowe, dawanie lekcyj oraz pracę społeczną w czytelni Tow. Dobroczynności. Pracy tej poświęca przez szereg lat dużo czasu i sił. I tutaj poraz pierwszy spotyka się z ludźmi, którzy starali się szerzyć poprzez czytelnię oświatę między ubogą ludnością Warszawy. Po pewnym czasie został przyjęty do nielegalnego koła kierującego wewnętrznem życiem czytelni i mianowany zastępcą kierownika czytelni przy ul. Piwnej 11. W 1896 r. porzuca pracę biurową i wstępuje do szkoły technicznej Wawelberga, utrzymując się z lekcyj prywatnych. Nie ukończył tej szkoły, gdyż z powodu zatargu natury politycznej wolał wraz z częścią kolegów ustąpić z niej, niż przyjąć przykre warunki. Zaczął więc przygotowywać się do matury, zarabiając na życie jako domowy nauczyciel na prowincji. Po zdaniu matury w Libawie w 1899 r. wstąpił na wydział matematyczny Un. Warszawskiego. Na drugim roku porzuca matematykę dla medycyny, i kończy wydział lekarski, wtedy, gdy uniwersytet zostaje z powodu znanych wypadków politycznych zamknięty. Jako student uniwersytetu zajmuje się pracą oświatową i patrjotyczną wśród robotników i młodzieży; pracę tę wznawia, objąwszy posadę zastępcy lekarza fabrycznego w Józówce (Okręg doński). Po powrocie lekarzy Józówki z wojny japońskiej ś. p. Dr. Morawski obejmuje posadę asystenta w Kochanówce, gdzie pracuje pod kierunkiem prof. Mazurkiewicza. W 1906 r. udaje się do Kazania, gdzie składa końcowe egzaminy lekarskie i uzyskuje stopień



lekarza, poczem powraca do Kochanówki. W 1907 r. wyjeżdża do kliniki Uniwersytetu Lozańskiego w Cery, by pracować tam jako asystent pod kierunkiem prof. Mahaima przez półtora roku. Miesięczny urlop spędza w 1908 r. na kursach Kraepelina w Monachium. W 1909 r. zostaje zaangażowany jako domowy lekarz-psychjatra do zamożnego pacjenta, którego wspólnie z innym kolegą obserwuje i pielęgnuje przez 4 lata w Wiedniu. Podział obowiązków przy chorym, dający pół dnia wolnego, pozwolił Zmarłemu na wykorzystanie tego czasu na pracę intensywną naukową w biblijotekach i pracowniach Obersteinera, i Weichselbauma, Stoercka, Exnera i Karplusa. Po powrocie do kraju w 1913 r. pracuje znowu w Kochanówce, którą opuszcza w lipcu 1914 r., by na terenie Warszawy zapoczątkować z ramienia Magistratu opiekę pozazakładową nad umysłowo chorymi. Wybuch wojny przeszkodził tej pracy i ś. p. Dr. Morawski powołany został do służby czynnej. Mimo wątłego zdrowia nie chciał się zwolnić a wobec rodziny, która mu z tego powodu czyniła zarzuty oświadczył: „Jeżeli ja nie pójdę, to pójdzie na moje miejsce kto inny i może zginąć... miałbym go na sumieniu...“ Pełni tedy służbę frontową przy pułku piechoty aż do kwietnia 1915 r., kiedy to przydzielony został, jako psychjatra, do Szpitala Ujazdowskiego. Ewakuacja tego szpitala przerywa tę pracę i Zmarły pełni następnie obowiązki psychjatry przy specjalnie urządzonej czołówce kolejowej Cz. Krzyża oraz frontowym punkcie psychjatrycznym w Dynaburgu przez prawie trzy lata. Ewakuacja chorych psychicznie żołnierzy, którą kierował, odbywała się nieraz pod ogniem nieprzyjacielskim, w uznaniu czego uzyskał szereg odznaczeń... Z chwilą wybuchu rewolucji ś. p. Dr. Morawski odchodzi ze swemi wagonami wraz z frontem w głąb Rosji. Gdy w 1918 r. Czerwony Krzyż zostaje w Moskwie rozwiązany a wagony zabrane przez bolszewików dla innych celów, ś. p. Dr. Morawski mógł powrócić wraz z rodziną do kraju. Nie skorzystał jednak z tej sposobności a zaczął usilne starania tak u rządu polskiego jak u władz bolszewickich, by uzyskać zezwolenia na przewiezienie do Polski umysłowo chorych Polaków, wywiezionych z Królestwa podczas wojny. Otrzymał pozwolenie na przewiezienie tylko 150 umysłowo chorych Polaków z rejonu moskiewskiego. Przewiózł do granicy Polskiej pierwszą partję złożoną z 20 chorych a gdy powrócił do Moskwy po drugą partję, został zmobilizowany przez bolszewików i odesłany na walkę z durem plamistem do Carycyna. Już w pierwszym miesiącu pracy ulega zakażeniu, przechodzi ciężki tyfus plamisty, który wywołał pogorszenie starego procesu płucnego. Komisja wojskowo-lekarska uznaje Go za straconego. Dostaje wtedy miesięczny urlop, który spędza w „Gedeonówce", szpitalu psychjatrycznym pod Smoleńskiem, gdzie jego żona pracowała jako ordynator szpitala. Do tegoż szpitala zostaje następnie przydzielony jako wojskowy lekarz. W czerwcu 1920 r. gdy wojska polskie zbliżały się już do Orszy ś. p. Dr. Morawski miał być wraz z żoną wysłany na Sybir, jak większość Polaków z gub. Smoleńskiej; jednak na skutek starań Dyrektora zakładu i na jego poręczenie pozostawiono oboje jako niezbędnych pracowników w szpitalu. Dzięki tym prześladowaniom ś. p. Dr. Morawski zostaje zaliczony w poczet zakładników, co dało Mu możność wyjazdu z Rosji pierwszym eszelonem w lipcu 1921 r. Po krótkim pobycie w Warszawie obejmuje Zmarły posade prymarjusza w Zakładzie Kocborowskim a po roku przenosi się do Kobierzyna. Jako prymarjusz zastępuje tutaj Dyrektora ś. p. Zagórskiego a gdy ten obejmuje kierownictwo zakładu Kulparkowskiego ś p. Dr. Morawski zostaje Dyrektorem w Kobierzynie, a w czerwcu 1925 r. habilituje się na Uniwersytecię Jagiellońskim z zakresu psychjatrji i neurologji.

Na stanowisku Dyrektora Zakładu w Kobierzynie ś. p. Dr. Morawski zabiegał z niezachwianą energją o dalszy rozwój powierzonej Mu placówki. Podtrzymując

mocny zręb organizacyjny, utrwalony przez swego poprzednika starał się Zmarły, o dalsze usuwanie usterek, pozostałych z czasów wojennych przedewszystkiem przez podniesiente fachowego poziomu personelu. Do tego celu służyły wykłady prowadzone częściowe wspólnie z lekarzami dla wyższego i niższego personelu pielęgniarskiego, dla których opracował sam programy. W zakresie lecznictwa zakładowego popierał z inicjatywą wszelkie usiłowania dla zmniejszenia do minimum środków krępujących a widząc w pracy chorych, znakomity środek reedukacyjny i leczniczy, starał się pomnażać i rozwijać istniejące już warsztaty i tworzył nowe. Podczas Jego kierownictwa przepełnienie Zakładu Kobierzyńskiego doszło do katastrofalnego maximum; by temu zaradzić rozpoczął zmarły Dyrektor między innemi w 1926 r. starania wśród psychjatrycznych kół krakowskich celem zapobieżenia złemu przedewszystkiem przez założenie Tow. Opieki nad psychicznie chorymi. Tow. to powstało w 1927 r. i w jego organie kierującym zasiedli przedstawiciele władz rządowych, prezydjum miasta, duchowieństwa i sfer obywatelskich. W pracach tego Tow. którego był jednym z sekretarzy, brał ś. p. Dr. Morawski bardzo czynny udział, wytyczając zadania Tow. na najbliższy okres. Pierwsze poczynania Tow. zostały uwieńczone sukcesem, gdyż w b. r. rząd obiecał fundusz na budowę pawilonu warsztatowego w Kobierzynie którego plan ś.p. Dr. Morawski opracował szczegółowo. Nie doczekał się niestety ostatecznej realizacji tego projektu.

Obok prac, związanych z kierownictwem zakładu i pracą propagandową, Zmarły oddawał się z zamiłowaniem pedagogicznej działalności, jako docent starał się uprzystępniać wykłady psychjatrji, demonstrując chorych przywożonych z Kobierzyna, rozdawał studentom różne schematy pomocnicze drukowane na miejscu, urządzał wycieczki studentów do Kobierzyna, a od 1924 r. przyjeżdżało dzięki inicjatywie Zmarłego na letnie miesiące 4-ech medyków, by zapoznać się z pracą psychjatryczną.

Wiadomo jak czynnym uczestnikiem był ś. p. Dr. Morawski wszystkich zjazdów psychjatrycznych, świadczą o tem bowiem Roczniki Psychjatryczne, które stale zasilał swemi pracami. Bo też pracy naukowej oddawał wszystkie wolne chwile.

Rozpatrując dorobek naukowy ś. p. Dr. Morawskiego podkreślić trzeba przedewszystkiem dużę skalę zainteresowań Zmarłego. Ze szczególnem jednak zamiłowaniem zajmował się on nauką o dziedziczności i konstytucji szczególnie w zastosowaniu do psychjatrji, tak że należał do najlepszych znawców tej dziedziny. Poświęciwszy pierwszą swą polską pracę temu przedmiotowi, ogłosił następnie szereg cennych prac z tego zakresu, opartych nietylko na dużej znajomości piśmiennictwa, lecz na własnych materjałach, zbieranych z mrówczą zabiegliwością. W ostatnim roku oddał ś. p. Dr. Morawski do druku pracę, owoc żmudnych studjów, podczas których opracował między innemi kilka tysięcy opisów chorób oddziału psychjatrycznego krakowskiego za kilkadziesiąt lat istnienia tego oddziału. Dziedziczności cech w obrębie układu nerwowego ośrodkowego poświęcił ś. p. Dr. Morawski pracę, wykonaną w Instytucie Exnera we Wiedniu. Chodziło o zbadanie na około 100 mózgach kocich i 60 psich różnic płciowych i przedewszystkiem zachowania się powierzchni mózgu pod względem dziedziczności. Przeglądając tę obszerną pracę mamy miarę iście benedyktyjskiej pracowitości, która była podstawą bogatej działalności naukowej Zmarłego. Do tego samego tematu powrócił ś. p. Dr. Morawski na krótko przed skonem opracowując dokładnie powierzchnieę 4-ech mózgów jednej rodziny, która zginęła tragiczną śmiercią.

Ze studjami nad dziedzicznością cech patologicznych łączył ś. p. Dr. Morawski i społeczne cele. Miały tego rodzaju dociekania mieć zawsze na oku walkę ze

zwyrodnieniem rasy, opartą na naukowych podstawach, przyczem jednak był on bardzo ostrożny w wysnuwaniu wniosków i ostrzegał przed metodami nieprowadzącemi do celu.

Z okresu wiedeńskiego, który dzięki sprzyjającym zewnętrznym warunkom pozwolił Zmarłemu swobodnie oddać się pracy naukowej, pochodzą prace nad oddzieleniem przysadki mózgowej (poraz pierwszy wykonane u małp), dalej uskutecznione przy częściowej współpracy żony dokładne studja nad powstaniem hydromyelji. Owocem zaś kilkuletniej bardzo ścisłej obserwacji chorego prywatnego były studja nad terapją porażenia postępującego i niewyjaśnionemi objawami ze strony przemiany materji (napady gorączkowe) w tem cierpieniu.

Wojna nie przerwała pracy naukowej Zmarłego. Zajmuje się wpływem wojny na szpitalnictwo psychjatryczne, i na chorobowość psychiczną, organizacją pomocy lekarskiej dla psychicznie chorych w wojsku, a przedewszystkiem masowe eksperymenty natury w postaci epidemji duru plamistego i powrotnego dały pole do zebrania licznych spostrzeżeń nad wpływem tych zakażeń na choroby psychiczne oraz zaburzeniami psychicznemi, powstającemi w związku z temi chorobami. Prace te ze względu na obfity i mimo trudnych warunków zewnętrznych skrzętnie zebrany materjał kazuistyczny należą do najcenniejszych w odnośnem piśmiennictwie międzynarodowem.

Na odrębną wzmiankę zasługują prace ś. p. Dr. Morawskiego o znaczeniu, że się tak wyrażę, propagandowem. Wychodzac z założenia, że macosze traktowanie nietylko przez laików ale i większość lekarzy psychjatrji i związanych z nią zagadnień społecznych wymaga czynnej pracy ze strony przedewszystkiem samych psychjatrów, wziął się Zmarły z zapałem do uświadomienia lekarzy o uleczalności chorób psychicznych, dla szerszego zaś społeczeństwa opracował w popularnym zarysie „Choroby psychiczne oraz zasady walki z niemi", pracę, opartą na poprzednio wydanej broszurze o podobnym tytule, której celem było, dać personelowi pielęgniarskiemu oraz lekarzom wykładającym polski podręcznik pielęgniarstw psychjatrycznego. Dając tę jedyną z tego zakresu polską publikację zapełnił Zmarły dotkliwą lukę.

Tak jak w życiu tak i swych publikacjach naukowych nie hodował ś p. Dr. Morawski frazeologji, prace Jego cechuje ścisłe opracowanie dużego przeważnie materjału, ostrożność w wysuwaniu wniosków, przy gruntownej znajomości przedmiotu i znakomitej orjentacji w międzynarodowym dorobku.

Niepełna byłaby ta ocena zasług naukowych Zmarłego, gdybyśmy nie wspomnieli o pociągającym przykładzie, jaki dawał On swym współpracownikom. Choć swej wielkiej pracowitosci nie mógł na innych przelać, to starał się na każdym kroku i przykładem i słowem zachęcać do pracy naukowej, popierać wszelkie w tym kierunku usiłowania, służyć radą i pomocą i niekłamamana radość okazywał na widok ukończonej choćby drobnej pracy, a wyrosłej na gruncie warsztatu, którym kierował,

To też odszedł człowiek, znakomicie przygotowany do wyższej pracy pedagogicznej, która była jednym z głównych celów Jego życia; lukę po nim powstałą trudno godnie zapełnić. Był wzorem bezinteresownej pracy dla dobra bliźnich, wzorem nieugiętej woli w dążeniu do postępu w żmudnej pracy psychjatry, wzorem wreszcie nieustannych wysiłków w pomnażaniu wiedzy ku pożytkowi chorych. Cześć Jego pamięci.

Władysław Stryjeński.

Spis prac naukowych ś. p. J. Morawskiego.

1. Sowremiennyja teczenja w woprosie o leczenji progressiwnago paralicza. 1909. Sowremennaja Psichiatrija.
2. Z badań nad dziedzicznem obarczeniem umysłowo chorych. 1910. Rocznik lekarski.
3. Zur Pathogenese der Hydromyelie. Ein neuer Versuch zur Erklärung der Höhlenbildungen im Rückenmark. 1910. Jahrbuch f. Psychiatrie und Neurologie Bd. XXXI.
4. Die Durchtrennung des Hypophysestiels beim Affen. 1911. Zeitschrift f. d. gesammte Neurologie u. Psychiatrie. Orig. Bd. VII.
5. Gehirnuntersuchungen bei Katzen u. Hundefamilien. 1911. Jahrbuch für Psychiatrie Orig. Bd. XIII.
6. Wspólnie z żoną: Die Zentralkanalveränderungen des menschlichen Rückenmarkes bei allgemeiner Stauung. 1912. Zeitschrift f. d. gesammte Neurologie und Psychiatrie Orig. Bd. XIII.
7. Wycięcie przysadki mózgowej. 1913. Neurologja Polska.
8. K woprosu o leczenji progresiwnago paralicza. 1913. Sowremennaja psichjatrija.
9. O dziedziczności. Odczyt w Łódzkiem T-wie lekarskiem. 1914. Przegląd lekarski.
10. Ein Fall von Kohlenoxydvergiftung. 1915. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde Bd. 52.
11. Un cas de mort après une injection de neosalvarsan. 1915. Revue neurologique.
12. Objawy gorączkowe w przebiegu porażenia postępującego. 1916. Przegląd lekarski.
13. Wspólnie z żoną: Kochanówka a wojna, (po rosyjsku). 1916. Psichjatriczeskaja gazeta.
14. K woprosu o kontuzionnych psichonewrozach. Odczyt na zjeździe lekarzy wojskowych. 1916. Dynaburg.
15. Opieka nad psychicznie chorymi smoleńskiej gubernji 1914—1918 (po rosyjsku). Smolenskij wiestnik. 1921.
16. Psychozy w związku z wypadkami wojennemi. Odczyt w Smoleńskiem T-wie lekarskiem. 1921.
17. Eugenetyka i mendelizm. Tamże. 1921.
18. Organizacja ewakuacji i pomocy umysłowo chorym w armji rosyjskiej w czasie wojny 1914—1918 r. 1921. Lekarz wojskowy.
19. Wpływ wojny europejskiej na szpitalnictwo psychjatryczne. 1922. Neurologja Polska.
20. Wpływ duru plamistego i powrotnego na przebieg chorób umysłowych. 1922 Nowiny lekarskie.
21. W sprawie walki ze zwyrodnieniem. 1922. Zagadnienia rasy.
22. Mendelizm w psychjatrji. Odczyt na III Zjeździe Psychjatrów Polskich. 1922. Wilno.
23. Zaburzenia psychiczne, powstające w związku z durem powrotnym. 1923. Polska Gazeta Lekarska.
24. Dziedziczność i konstytucja. Odczyt na IV Zjeździe Psychjatrów Polskich. Lwów 1923. Polska Gazeta Lekarska. 1925.
25. Psychozy u bliźniąt. 1926. Nowiny lekarskie.

26. Porażenie postępujące jako psychoza rodzinna. 1926. Polska Gazeta Lekarska.
27. Uleczalność chorób psychicznych. 1926. Polska Gazeta Lekarska.
28. Odziedziczalność nieprawidłowości konstytucjonalnych. 1926. Odczyt na Zjeździe Lekarzy Polskich na G. Śląsku.
29. Dziedziczność w patologji ludzkiej. Odczyt na VI Zjeździe Psychjatrów Polskich. 1926. Kraków. Rocznik psychjatryczny. 1927.
30. O psychicznie chorych i pielęgnowaniu ich w zakładach psychjatrycznych. Kraków. 1928.
31. Choroby psychiczne oraz zasady walki z niemi. Wydawnictwo T-wa opieki nad psychicznie chorymi w Krakowie 1928.
32. Stany maniakalno-depresyjne objawowe. Odczyt na VII Zjeździe Psychjatrów Polskich. 1927. Kocborowo. Rocznik psychjatryczny. 1928.
33. Dziedziczność w padaczce. Odczyt na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich. 1928. Warszawa.
34, 35, 36. Sprawozdania Państwowego Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie za r. 1925, 1926, 1927.

Ś. p. Adam Wizel.

W końcu ubiegłego stulecia w Polsce było zaledwie paru psychjatrów, jak *Korniłowicz*, *Rothe*, *Żłobikowski*, którzy dzięki swojemu wyjątkowemu stanowisku w społeczeństwie mogli uczynić stosunkowo wiele w dziedzinie opieki nad psychicznie chorymi, a dzięki wybitnym zdolnościom i inteligencji zaczęli wysuwać psychjatrję, zaniedbaną wówczas zupełnie, jako naukę i starali się ją postawić na odpowiedniem miejscu. Ich przykład pociągnął kilku młodych; kształcili się oni wówczas na wzorach francuskich zwłaszcza w Paryżu, gdzie znakomity *Charcot* naukowemi metodami badania histerji wskazywać nowe drogi dla psychjatrów.

Wśród tych młodych na jedno z przodujących miejsc wysunął się dosyć szybko ś. p. Adam Wizel. Urodzony w 1865 r., po skończeniu uniwersytetu w Warszawie, wyjechał zagranicę i powróciwszy od Charcota zaczął słowem i czynem naśladować swoich nauczycieli, by z garścią innych młodych zająć w psychjatrji polskiej miejsce przygotowane w nauce i praktyce przez starszych psychjatrów. Zwłaszcza w pierwszych pracach ś. p. Wizla o Astazji—Abazji (1891), o obrzęku histerycznym (1893), o ślepocie histerycznej w przypadku choroby usznej (1894) widać, wyraźny wpływ Charcota. Do tych prac dołączają się wkrótce prace o opiece nad psychicznie chorymi, o metodzie leczenia psychicznie chorych leżeniem, o konieczności zbudowania zakładów dla chroników. Niektóre z tych prac, które wówczas otwierały nowe horyzonty dla opieki psychjatrycznej, są obecnie nieco przestarzałe, jednak czyny powstałe na skutek tych prac (nprz. zbudowanie w 1907 r. „Zofjówki" w Otwocku dla psychicznie chorych Żydów) nie poszły na marne i z przytułku dla chroników—według pierwotnego zamiaru—z biegiem lat powstał prawdziwy szpital, więcej odpowiadający nowoczesnym poglądom opieki nad psychicznie chorymi.

Po epokowych pracach *Kraepelina* nad otępieniem wczesnem ś. p. Wizel pisał o stosunku otępienia wczesnego do psychozy maniakalno-depresyjnej (prace w r. 1909—1911), a w ostatnich latach stał się gorącym zwolennikiem poglądów Freuda. Ś. p. Wizel był pierwszym, który w Polsce ogłosił wyniki leczenia malarją porażenia postępującego i energicznie bronił tej metody leczenia paralityków, wreszcie w ostatnich paru pracach podawał wyniki swych doświadczeń klinicznych leczenia schizofrenji malarją. We wszystkich pracach ś. p. Wizla (których pozostawił on

trzydzieści kilka) uderza zawsze młodzieńczy zapał i wiara w słuszność bronionych przez niego tez, zapał nieopuszczający ś. p. Wizla do ostatniej chwili życia. Jeszcze wyraźniej te cechy występowały u ś. p. Wizla w czasie dyskusji na posiedzeniach i jeszcze tydzień przed nieoczekiwaną przez niego śmiercią ś. p. Wizla, mieliśmy możność usłyszeć jego gorącą dyskusję na posiedzeniu oddziału warszawskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. W Polskiem Towarzystwie Psychjatrycznem pracował ś. p. Wizel od chwili powstenia Towarzystwa w 1920 r., rzadko opuszczał posiedzenia, dzielił się swojemi spostrzeżeniami z oddziału w szpitalu na Czystem, gdzie był ordynatorem przeszło 30 lat, bywał na dorocznych Zjazdach naszych i w 1925 r. był prezesem oddziału warszawskiego. Nagła śmierć porwała dn 16 listopada 1928 r. ś. p. Adama Wizla z pośród nielicznego grona budowniczych niedokończonego jeszcze gmachu psychjatrji polskiej, gmachu, którego fundamenty założono przed 40 laty przez ówczesnych psychjatrów, a którego dalsza budowa jest prowadzona z wielkim mozołem.

J. H.

WZÓR
SPRAWOZDAŃ ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH.

Już oddawna na Zjazdach Psychjatrów Polskich i poza zjazdami poruszano sprawę potrzeby normalizacji sprawozdań zakładowych, które dziś każdy niemal zakład zestawia po swojemu. Sprawozdania obecne, zawierające niezmiernie cenny materjał cyfrowy, nie mogą być porównane między sobą i nie posiadają tego znaczenia, jaki mogłyby one mieć zarówno dla celów statystyczno-administracyjnych jak i być może dla celów ściśle naukowych, gdyby były zestawione jednolicie.

Pragnąc położyć kres panującemu chaosowi VIII Zjazd Psychjatrów Polskich, odbyty w 1928 r. w Warszawie i Tworkach, powołał do życia specjalną komisję do jednolitego uregulowania sprawozdań zakładów psychjatrycznych i ustalenia jednolitych zasad dla naszej polskiej statystyki psychjatrycznej.

W skład Komisji weszli następujący koledzy: Becker, Bednarz, Łuniewski, Morawski, Nelken, Piotrowski.

Pierwsze posiedzenie tej Komisji odbyło się dnia 18. XI 1928 r. Komisja przeprowadziła gruntowną dyskusję nad zasadami, na których ma się oprzeć statystyka psychjatryczna i poleciła kol. Beckerowi ułożyć formularz typowego sprawozdania zakładowego. Ze względu na to, że komisja nie zebrała się w pełnym składzie, gdyż w międzyczasie zmarł ś. p. kol Morawski, a kol. Piotrowski z powodu choroby nie mógł przybyć na jej posiedzenie, i licząc się z koniecznością wysłuchania w tej sprawie opinji kolegów z różnych dzielnic Polski, pracujących, jak wiadomo, w warunkach różnorodnych, komisja postanowiła uzupełnić skład swój przez kooptowanie kolegi Stryjeńskiego (na miejsce kolegi Morawskiego) i jednego z kolegów pracujących w zakładach Polski zachodniej, któregoby wskazał kol. Piotrowski, jako przedstawiciela tej dzielnicy. Zgodnie z propozycją kolegi Piotrowskiego do komisji został kooptowany kol. Gawroński z Dziekanki.

Na drugiem posiedzeniu komisji, odbytem dn. 16 XII 1928 r. został przedyskutowany projekt, opracowany w myśl postanowienia poprzedniego posiedzenia przez kolegę Beckera. Po dłuższej dyskusji, utrwalonej w protokółach posiedzeń Komisji został ustalony tekst jednolitego wzoru sprawozdania z czynności zakładu psychjatrycznego.

Komisja opracowała tylko ramy minimalne sprawozdań ograniczając się do tych danych cyfrowych, które każdy zakład psychjatryczny powinien co rok zestawiać o swoich chorych.

Poza ramami tego sprawozdania obowiązującego wszystkie kakłady, każdy zakład miałby nie tylko możność, ale i obowiązek podawać w swoich sprawozdaniach także i inne dane, dotyczące bądź specyficznych warunków, w jakich zakład pracuje, bądź szczególnych kategorji chorych z któremi ma do czynienia, bądź tych metod administracji, rozpoznania, obserwacji czy leczenia, jakie u siebie stosuje.

Ze względu na to, że sprawozdanie z czynności zakładu psychjatrycznego powinnoby też objąć bilans rachunkowy, którego wzór ujednostajniający był już w 1926 r. rozesłany zakładom przez Departament Służby Zdrowia, pozwalam sobie do wzoru sprawozdania, zestawionego przez komisję, dołączyć także

i wzór sprawozdania rachunkowego, które ułatwi w przyszłości zorjentowanie się w całokształcie spraw opieki psychjatrycznej na ziemiach polskich.

Przesyłając cały ten materjał Redakcji Rocznika Psychjatrycznego pozwalam sobie prosić o ogłoszenie go drukiem w najbliższym numerze Rocznika, by mogli się z nim zapoznać wszyscy koledzy; umożliwiłoby to zrealizowanie intencji zjazdu już w bieżącym okresie sprawozdawczym t. j. dałoby możność zakładom dostosowaniu do mzoru sprawozdań swoich za rok 1928.

Nadmieniam przy tem, że Komisja po dłuższych debatach stanęła na tym stanowisku, że sprawozdania lekarskie z czynności zakładu psychjatrycznego powinny obejmować nie rok budżetowy (od 1.4 do 31.3), lecz rok kalendarzowy.

Wzór sprawozdania opracowanego przez Komisję VIII Zjazdu Psychjatrów Polskich zostanie złożony w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, gdzie ewentualnie będzie mógł uzyskać sankcję urzędową.

Dr. Łuniewski.

Wzór.

SPRAWOZDANIE

Z CZYNNOŚCI ZAKŁADU PSYCHJATRYCZNEGO

....

za rok ....

Zakład psychjatryczny ....

założony w r. .... posiada z końcem roku sprawozdawczego przy zachowaniu wymagąnych norm sześcienności i kwadratury pomieszczeń możność pomieszczenia

.... chorych płci męskiej

.... „ „ żeńskiej

r a z e m .... miejsc etatowych

Zakład pozostaje pod nadzorem zwierzchnim ....

....

Kierownikiem Zakładu jest ....

w Zakładzie w roku sprawozdawczym pracowali ponadto następujący lekarze:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Oprócz sił lekarskich Zakład zatrudnia:

wyższych funkcjonarjuszy (urzędników) ....

niższych „ „ ....

r a z e m

Czynności ściśle związane z pielęgnowaniem chorych zatrudniały .... osób.

I. DANE OGÓLNE

TABLICA 1.

Ogólny ruch chorych.

	Pozostało z poprzedniego roku	Przyjęto	Razem leczono	Wypisano	Przeniesiono do innych szpitali	Zmarło	Razem ubyło	Pozostało na rok następny
Mężczyzni								
Kobiety								
Razem								

TABLICA 2.

Przyjęcia wielokrotne.

Z ogólnej liczby............ chorych, przyjętych do Zakładu w roko sprawozdawczym, przybyli do Zakładu	Mężczyzni	Kobiety	Razem
po raz pierwszy			
„ „ drugi			
„ „ trzeci			
„ „ czwarty			
„ „ piąty			

Uwaga: W nawiasie należy ponadto podać osobną liczbę tych chorych (mężczyzn i kobiet), którzy byli przyjmowani do Zakładu w tym samym roku sprawozdawczym kilkakrotnie.

TABLICA 3.

Liczba dni szpitalnych w roku sprawozdawczym.

	Mężczyzni	Kobiety	Razem
Ogólna liczba dni szpitalnych.			
Przeciętnie na jednego chorego przypada dni zakładowych.			

TABLICA 4.

Podział według lat przybycia do szpitala.

Rok przybycia do szpitala	Leczyło się w roku sprawozdawczym		Zmarło		Wypisano		Przeniesiono do innych szpitali		Pozostało na dzień 1.I roku następn.	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
przed r. 1918										
1918										
1919										
1920										
1921										
1922										
1923										
1924										
1925										
1926										
1927										
1928										
....										
....										
....										
....										
....										
....										

TABLI

Podział podług

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Pozostało z roku poprzedniego		Przyjęto	
		M.	K.	M'	K.
1	Niedorozwój umysłowy				
2	Psychopatja ustrojowa				
3	Padaczka				
4	Zaburzenia psychiczne po urazach oraz przy cierpieniach mózgu ogniskowych				
5	Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym				
6	Psychozy pochodzenia zakaźnego				
7	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe				
8	Psychozy alkoholowe				
9	Zaburzenia psychiczne przy innych zatruciach zewnątrzpochodnych				
10	Zaburzenia psychiczne na tle zatruć wewnątrzpochodnych				
11	Porażenie postępujące				
12	Inne psychozy pochodzenia kiłowego				
13	Schizophrenia				
14	Paranoia i Paraphrenia				
15	Psychoza manjakalno-depresyjna				
16	Psychozy reaktywne				
17	Przypadki inne i nierozpoznane				
18	Osoby uznane za zdrowe				
	RAZEM				

C A 5.

rozpoznania.

Razem leczono		Wypisano		Przeniesiono do innych szpitali		Zmarło		Razem ubyło		Pozostało na rok następny	
M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.

TABLICA 6.

Miejsce pochodzenia chorych.

L. P.	Obszar administracyjny	Pozostało z lat poprzednich		Przyjęto w roku sprawozdawczym		Razem leczono		Ubyło		Pozostało na rok następny	
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
1.	Woj Białostockie										
2.	„ Kieleckie										
3.	„ Krakowskie										
4.	„ Lubelskie										
5.	„ Lwowskie										
6.	„ Łódzkie										
7.	„ Nowogródzk.										
8.	„ Poleskie										
9.	„ Pomorskie										
10.	„ Poznańskie										
11.	„ Stanisławow.										
12.	„ Śląskie										
13.	„ Tarnopolskie										
14.	„ Warszawskie										
15.	„ Wileńskie										
16.	„ Wołyńskie										
17.	St. m. Warszawa										
18.	Cudzoziemcy										
19.	Niewiadomo										
	RAZEM										

II. CHORZY NOWOPRZYBYLI W ROKU SPRAWOZDAWCZYM.

TABLICA 7.

Podział według wyznania.

L. p.	Wyznanie	Mężczyźni	Kobiety	Razem	M. %	K. %	Razem %
1.	Rzym.-Katol.						
2.	Gr.-Katolickie						
3.	Ewangielickie						
4.	Prawosławne						
5.	Izraelickie						
6.	Inne wyznania						
7.	Niewiadomo, bezwyznan.						
	Razem						

TABLICA 8.

Podział podług stanu cywilnego.

L. p.	Stan cywilny	Mężczyźni	Kobiety	Razem	M. %	K. %	Razem %
1.	Kawalerowie i panny						
2.	Żonaci i mężatki						
3.	Wdowcy i wdowy						
4.	Rozwiedzeni						
5.	Niewiadomo						
	Razem						

TABLI

Podział podług

L. p.	RODZAJ CHOROBY	rz.-katol.		gr.-katol.	
		M.	K.	M.	K.
1.	Niedorozwój umysłowy				
2.	Psychopatja ustrojowa				
3	Padaczka				
4.	Zaburzenia psychiczne po urazach oraz przy cierpieniach mózgu ogniskowych				
5.	Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym				
6.	Psychozy pochodzenia zakaźnego				
7.	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe				
8.	Psychozy alkoholowe				
9.	Zaburzenia psychiczne przy innych zatruciach zewnątrzpochodnych				
10.	Zaburzenia psychiczne na tle zatruć wewnątrzpochodnych				
11.	Porażenie postępujące				
12.	Inne psychozy pochodzenia kiłowego				
13.	Schizophrenia				
14.	Paranoia i Paraphrenia				
15.	Psychoza manjakalno-depresyjna				
16.	Psychozy reaktywne				
17.	Przypadki inne i nierozpoznane				
18.	Osoby uznane za zdrowe				
	RAZEM				

C A 9.

rozpoznania i wyznania.

Ewangielicy		Prawosławni		Izraelici		Inne wyznania		Niewiad. bezwyzn.		Razem	
M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.

TABLICA 10.

Podział podług wykształcenia.

L. p.	Wykształcenie	Mężczyźni	Kobiety	Razem	M. %	K. %	Razem %
1.	Analfabeci						
2.	Umiejący czytać						
3.	„ „ i pisać						
4.	Elementarne						
5.	Średnie						
6.	Wyższe						
7.	Niewiadomo						
	Razem						

TABLICA 11.

Podział podług wieku

Wiek	Mężczyźni	Kobiety	Razem	M. %	K. %	Razem %
do 15 lat						
od 16 „ 20 „						
„ 21 „ 30 „						
„ 31 „ 40 „						
„ 41 „ 50 „						
„ 51 „ 60 „						
„ 61 „ 70 „						
„ 70 i wyżej						
Razem						

III. CHORZY KTÓRZY OPUŚCILI ZAKŁAD W ROKU SPRAWOZDAWCZYM.

TABLICA 12.

Czas pobytu chorych w zakładzie.

Czas pobytu	Mężczyźni	Kobiety	Razem	M. %	K. %	Razem %
od 1 dnia do 7 dni						
„ 7 dni „ 30 „						
„ 1 mies. „ 3 mies.						
„ 3 „ „ 6 „						
„ 6 „ „ 12 „						
„ 1 roku „ 2 lat						
„ 2 lat „ 5 „						
„ 5 „ „ 10 „						
„ 10 „ i wyżej						
Razem						

TABLICA 13.

Umieralność podług miesięcy.

Miesiące	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Styczeń			
Luty			
Marzec			
Kwiecień			
Maj			
Czerwiec			
Lipiec			
Sierpień			
Wrzesień			
Październia			
Listopad			
Grudzień			
Razem			

T A B L I

Podział podług rozpoznania

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Jako zdrowi		Z poprawą	
		M.	K.	M.	K.
1.	Niedorozwój umysłowy				
2.	Psychopatja ustrojowa				
3.	Padaczka				
4.	Zaburzenia psychiczne po urazach oraz przy cierpieniach mózgu ogniskowych				
5.	Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych ustroju w wieku podeszłym				
6.	Psychozy pochodzenia zakaźnego				
7.	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe				
8.	Psychozy alkoholowe				
9.	Zaburzenia psychiczne przy innych zatruciach zewnątrz pochodnych				
10.	Zaburzenia psychiczne na tle zatruć wewnątrzpochodnych				
11.	Porażenie postępujące				
12.	Inne psychozy pochodzenia kiłowego				
13.	Schizophrenia				
14.	Paranoia i paraphrenia				
15.	Psychoza manjakalno-depresyjna				
16.	Psychozy reaktywne				
17.	Przypadki inne i nierozpoznane				
18.	Osoby uznane za zdrowe				
	Razem				

Uwaga: Wypisanych jako zdrowych w znaczeniu wyleczenia społecznego

C A 14.

łącznie z wynikami leczenia.

Bez poprawy		Przeniesieni do innych szpitali		Zmarło		Ogółem ubyło		
M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	Razem

oznaczyć x).

TABLICA 15.

Podział podług zajęć zawodowych.

L. p.	Wyszczególnienie	Mężczyźni	Kobiety		Mężczyźni %	Kobiety %	
			Samodzielnie zawodowo czynne	Bez zawodu zawód męża		Samodzielnie zawodowo czynne	Bez zawodu zawód męża
1	Najemnicy rolni, leśni i folwar.						
2	Drobni rolnicy						
3	Właściciele średnich i większych własności						
4	Subjekci i wogóle średni person. pomoc. sklepowy i handlowy						
5	Drobni kupcy, sklepikarze i pośrednicy handlowi						
6	Właściciele większych przedsiębiorstw handlowych						
7	Robotnicy fabr., górnicy i t. p.						
8	Rzemieślnicy najemni (czeladn. i uczniowie)						
9	Rzemieślnicy samoistni						
10	Samoistni przemysłowcy i fabr.						
11	Zawody wyzwolone						
12	Właściciele nieruchomości miejskich i kapitaliści						
13	Oficjaliści prywatni, urzędnicy prywatni i publiczni						
14	Ucząca się młodzież wyższych zakładów naukowych						
15	Służba biurowa, hotelowa, zakładów leczniczych i t. p.						
16	Służba w komunikacji i transp,						
17	Strażacy i kominiarze						
18	Policja						
19	Armja czynna i żandarmerja						
20	Najemnicy o zmiennem zajęciu						
21	Utrzymywani przez zakłady dobroczynne						
22	Żebracy						
23	Prostytutki						
24	Osoby bez określonego zawodu						
	Razem						

TABLICA 16.

Przyczyny zejść śmiertelnych.

L. p.	Przyczyna śmierci	Mężczyźni	Kobiety	Razem
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
	Razem			

SPRAWOZDANIE RACHUNKOWE.

	SUMY			
	Zł.	gr.	Zł.	gr.
Pozostałość funduszów z roku ubiegłego . .				
Dochody zakładu, faktycznie osiągnięte w roku sprawozdawczym a mianowicie:				
a) dotacje z funduszów państwowych, samorządowych lub społecznych (z podaniem źródła dotacji) . , . .				
b) opłaty za utrzymanie chorych . .				
c) dochody z majątku i gospodarstwa własnego				
d) wszystkie pozostałe dochody . .				
Ogółem suma dochodów .				
Wydatki zakładu, uskutecznione w roku sprawozdawczym, podzielone w sposób następujący:				
a) wszelkie wydatki osobowe, jako to: pobory personelu, remuneracje, opłaty do kas chorych, wartość wiktu i innych świadczeń w naturze, o ile wartość ich nie jest potrącana z uposażenia w gotowiźnie . .				
b) żywienie chorych				
c) wydatki na pomieszczenie (komorne, opał, światło, woda, utrzymanie czystości i porządku, konserwacja budynków i urządzeń technicznych i t. d.				
d) zakup i konserwacja bielizny, pościeli, obuwia, odzieży, sprzętów, mebli, pranie i t. p.				
e) leki, wydatki sanitarne, narzędzia chirurgiczne, utrzymanie pracowni i bibljotek lekarskich i t. d.				
f) wydatki administracyjne: materjały pisemne, druki, porta, książki, pisma, podróże służbowe, środki lokomocji i t. d. . .				
g) wszystkie pozostałe wydatki, dotyczące kosztów utrzymania zakładu i chorych .				
h) wydatki na gospodarkę: utrzymanie folwarków, ogrodów i t. p.				
i) wydatki inwestycyjne: nowe budowle, nowe urządzenia techniczne i t. p. . .				
j) utrzymanie chorych w innych zakładach .				
Ogólna suma wydatków .				
Pozostałość funduszów na rok następny . .				

W zakładach, które nie będą miały możności ścisłego wyodrębnienia wydatków, związanych wyłącznie z utrzymaniem chorych psychicznie, należy podać ogólne sumy wydatków i dochodów, podzielone jak wskazano wyżej, z podaniem ogólnej liczby dni zakładowych wszelkich kategorji chorych.

Faktyczny koszt dzienny utrzymania jednego chorego w roku sprawozdawczym uczynił:

personel . . . . . Zł. .... gr. ....

żywienie . . . . . " .... " ....

pozostałe wydatki . " .... " ....

Miejscowość ....

Data ....

Podpis:

Résumé.

Prof. Dr. R. Radziwiłłowicz. — **Le transcendent et l'immanent dans la psychiatrie.**

Comme point de départ l'auteur prends le travail de prof. Herxheimer „Krankheitslehre der Gegenwart". Il tache de délimiter le transcendent et l'immanent dans le domaine de la médecine mentale. Il y admets le transcendent, mais considère, en même temps, que l'expérience, y compris l'expérience interne doit être toujours regardée comme le moment décisif dans les recherches psychopathologiques.

La finalité biologique en comparaison avec la causalité occupe une place trop petite dans la psychiatrie actuelle.

Doc. Dr. J. Morawski (Kobierzyn).—**L'hérédité dans l'épilepsie.**

En examinant la littérature sur la pathogénie et la transmission héréditaire de épilepsie nous trouvons chez la majorité des auteurs, que leur matériel était mal choisi et classifié, les méthodes—insuffisantes et les conclusions—peu justifiées.

Les résultats de toutes ses investigations peuvent être résumés comme suit:

1) Chaque organisme humain possède une „aptitude convulsivante" spéciale (Krampfbereitschaft des auteurs allemands) comme un de caractères constitutionnels, probablement hérités.

2) La variabilité de l'intensité de cette aptitude dépend probablement de plusieurs autres caractères constitutionnels (hérités ou acquis) et de facteurs du milieu.

3) Les manifestations de cette aptitude se présentent sous la forme de convulsions et de la maladie d'épilepsie avec son énorme variabilité de symptomes physiques et psychiques.

4) L'épilepsie peut être essentielle ou symptomatique.

5) Dans nos suppositions sur la caractèristique et la localisation de la disposition à l'épilepsie essentielle, il faut prendre en considération l'anatomie et le fonctionnement de l'écorce cérébrale, des masses grises centrales et d'autres parties du système nerveux végétatif, des glandes à sécretion interne et les correlations qui existent dans le fonctionnement de tous ces organes.

6) La disposition à l'épilepsie dite essentielle est probablement héréditaire et peut étre considérée comme caractère récessif dans le sens de mendélisme (en admettant, que les lois de Mendel, modifiées et compliquées doivent conserver leur valeur dans la transmission hèréditaire des anomalies constitutionnelles chez l'homme).

7) La disposition à l'épilepsie symptomatique peut être héritée ou acquise; pour le moment nos connaissances sur l'hérédité de cette disposition sont très médiocres.

8) L'alcoolisme des parents joue un rôle dans la pathogénie de l'épilepsie chez les enfants, mais on ne doit pas exagérer l'importance de cet agent.

9) Peut étre l'épilepsie des enfants et la psychopathie, l'alcoolisme et l'épilepsie des parents ne sont que de manifestations de mémes caractères anormaux familials.

C. Orzechowski—**Clinique et pathogénie de l'épilepsie.**

Parmi les symptômes, permettant de diagnostiquer avec le plus de certitude un accès d'épilepsie, l'auteur cite les pétéchies, le signe de Babiński uni ou bilatéral, les modifications des réflexes tendino-périosteux (différence des deux côtés) et abdominaux, l'apparition des signes de Rossolimo ou de Piotrowski unilateraux et les phénomènes paralytiques succédant à l'accès. Les modifications dans le tableau morphologique du sang, qu'on avait décrites comme caractéristiques? pour l'épilepsie, s'observent parfois à la suite des crises hystériques comme effet des décharges motrices violentes et de l'acidose produite par l'arrêt respiratoire. Parmi les procédés de provocation volontaire d'un accès, celui de l'hyperventilation pourrait avoir une certaine valeur pratique, malheureusement on n'y arrive que fort rarement à déclancher une crise, par contre il y a un certain danger d'en provoquer une chez des sujets bien portant jusqu'alors.

Pour des raisons théoriques et thérapeutiques méritent une étude attentive les phénomènes prémonitoires à l'accès. L'auteur analyse parmi ceux-ci les troubles de sensibilité et les myoclonies. Sans diminuer le rôle des myoclonies dans la pathogénie de l'épilepsie expérimentale

(Muskens), l'auteur trouve, qu'en général les myoclonies ne s'observent que rarement dans l'épilepsie humaine et ne possédent pas cette importance, que dans l'épilepsie toxique des animaux. Les céphalées pré-ou postparoxysmales ne prennent que rarement le caractère de la migraine. D'après l'auteur, la parenté entre l'épilepsie et la migraine n'est pas aussi étroite comme beaucoup d'autres l'affirment.

Dans la sémiologie de l'épilepsie prennent un grand essort les phénomènes végétatifs, soit accompagnant les accès mêmes, soit survenant entre les crises successives. L'épilepsie compte parmi les maladies tout particulièrement marquées par la présence des anomalies végétatives, parmi lesquelles les troubles vasomoteurs sont de la plus grande importance. Les recherches avec les substances pharmacologiques végétatives n'ont pas donné jusqu'à l'heure actuelle de résultats bien nets.

Les troubles de nutrition (l'économie hydrique, chlorurée, le métabolisme basal, minéral et azoté) sont parfois très prononcés. Parmi ces troubles auraient de l'importance pour la pathogénie de l'épilepsie ceux, qui surviennent entre les crises ou les précèdent de près, mais il n'est pas possible d'y établir aucune loi qui engloberait même une faible majorité des cas. Pour certains auteurs cette variabilité même, ainsi que la grande amplitude des oscillations dans le degré des troubles chimiques, au dessous ou au dessus de la normale, serait caractéristique pour l'épilepsie,en même temps que la grande variabilité des phénomènes végétatifs Les troubles du chimisme chez les épileptiques ont été interprétés de façon diverse, soit comme des conséquences d'inhibition des processus d'oxydation, soit comme celles de l'incapacité de l'organisme de soutenir l'équilibre azoté. Il y a enfin des auteurs qui y voient la suite d'alcalose dans la majorité de cas, ou d'acidose dans des cas plus rares. Ce qui est le plus probable, c'est que les troubles chimiques préparoxysmaux sont causés par le spasme vasculaire général, cnvahissant entre autre les reins, et entraînant une retention passagère des produits des échanges nutritives. En tout cas, aucune des anomalies du chimisme chez les épileptiques ne constitue un phénomène constant, ne peut donc aucunement passer pour la cause du mal. Presque tous les auteurs sont d'accord pour considérer les anomalies végétatives et chimiques chez les épileptiques comme phénomènes résultant de leur constitution vicieuse. Selon l'auteur pourtant, il n'est pas possible d'exclure, que la lésion anatomique du cerveau, qui sert de substratum dans une majorité des cas d'épilepsie, exerce en même temps une influence sur

l'apparition et le degré des irrégularités dans les fonctions végétatives, endocrines et chimiques. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est le fait, que ces troubles prennent de l'importance au fur et à mesure que la maladie progresse.

Des troubles de la sécrétion interne connus, observés chez les épileptiques, l'auteur souligne, comme ayants la plus grande importance, la complication par la tét.nie, les symptômes cliniques de la dysfonction hypophysaire, fréquemment accompagnés d'absence du hormon du lobe postérieur d'hypophyse dans le liquide c.-r., et les troubles dans le fonctionnement des glandes sexuelles. Sans nier le rôle de ces troubles endocrines dans la pathogénie de l'épilepsie, l'auteur ne croit pas qu'il puisse y être essentiel et indispensable dans la manifestation du mal, car tous ces troubles, tant au point de vue de leur qualité que de leur quantité, s'observent dans toute une série des nevroses.

En traitant de la pathogénie de l'épilepsie l'auteur se range à l'opinion, que toute épilepsie quelle soit sa forme, donc y comprise l'épilepsie dite essentielle, possède son substratum anatomo-pathologique. Dans le cas de nature indubitablement organique la composante essentielle de l'agent producteur de la crise réside dans les troubles de la circulation du liquide dans les méninges molles, cettes dernières prêtant dans ces cas toujours des lésions anatomiques. Dans les cas d'épilepsie „essentielle" la lésion anatomique consisterait, selon l'hypothèse de l'auteur, en structure vicieuse des méninges molles qui entraverait la circulation du liquide c.-r., diminuerait sa vitesse et la suspendrait enfin. Le liquide s'arrêtant de la sorte dans les espaces sous-arachnoïdiens et n'étant pas assez vite resorbé dans les espaces de Virchow-Robin, subirait des mod fications chimiques irritant le cerveau. Cette anomalie constitutionnelle de la structure des méninges molles, des espaces de Virchow-Robin et probablement aussi du système vasculaire sur le territoire lésé du cerveau et des méninges, l'auteur compare à la bouffissure de la peau chez certains sujets, s'observant souvent aussi chez des jeunes épileptiques; à la structure du tissu souscutané chez les gens atteints du trophoedème héréditaire chronique de *Meige*. La lésion anatomique, cause des accès épileptiques, consisterait donc en une espèce de leptoméningopathie, en trophoedème des méninges et de l'écorce, circonscrite ou générale, chronique. La stase du liquide c.-r. sur le territoire pathologique servirait d'agent épileptogène.

L'éclosion d'une crise épileptique dépend des conditions suivantes: lésion anatomique du cerveau ou des méninges, „réaction épileptique" du cerveau *(Redlich)*, spasme vasculaire préparoxysmal et „habitude" épileptique (facteur ictogène, *Förster*). La réaction épileptique est propre à tout cerveau, chez les épileptiques toutefois elle est renforcée premièrement par la présence des lésions anatomiques cérébrales, et deuxièmment par la constitution vicieuse végétativo-endocrine. Le spasme vasculaire initial suivi d'une intense hyperémie secondaire est un phénomène à peu près constant dans les crises typiques. Il est probablement occasionné par l'apparition dans les méninges et le cerveau des substances angiospastiques, qui n'ont pas été découvertes jusqu'à présent; on ne connait même pas de substance pharmacologique qui produirait un spasme vasculaire dans le cerveau. „L'habitude" épileptique se laisse expliquer par des lésions anatomiques qui s'élargissent de plus en plus (*Spielmeyer*, lésions ischémiques paroxysmales) et par le fait que les voies de décharge de l'accès conduisent, au fur et à mesure que les crises se répètent, avec une résistance décroissante, à la suite d'exercise et d'habitude.

Après un accès, l'épileptique devient libre de sensations pénibles auxquelles il était sujet jusqu'alors, et passe par une période de repos, durant un certain temps. Les théories, qui rangent l'épilepsie parmi les autointoxications, essaient à expliquer cette euphorie postparoxysmale par la destruction ou l'élimination des toxines pendant les décharges motrices. L'auteur tient pour plausible une autre explication. Le spasme vasculaire initial détermine une diminution considérable de volume du cerveau et par suite une prompte dilatation des espaces sous-arachnoïdiens, qui aspirent violemment le liquide ventriculaire. Puis le spasme passé, le cerveau se dilate quelquefois énormement, et refoule vigoureusement le liquide contenu dans les méninges vers la cavité ventriculaire. Or, le mécanisme de l'accès peut être comparé à l'action d'une puissante pompe, qui après avoir aspiré le liquide c.-r., le refoule bientôt. En admettant, que l'agent irritant, essentiellement épileptogène d'après l'auteur, consiste en une stase du liquide c.-r., on conçoit aisément, que grâce à ce mécanisme, le liquide pathologique est aspiré des méninges malades et remplacé par le liquide c.-r. normal. On pourrait même se figurer, que dans certains cas, grâce à l'accès, les espaces sous-arachnoïdiens puissent subir un élargissement et une perméabilité normale et durable, d'où s'expliquerait

la guérison de certains cas après une ou quelques crises. Dans d'autres cas, une foi l'accès fini, le territoire malade ne revient à des conditions de nutrition normale ou à peu prés normale que pour un certain temps; on observe donc une rémission plus ou moins longue, jusqu'au moment où les suites de circulation du liquide c. - r. entravée dans la région malade deviennent de nouveau manifestes. Dans des cas graves le mécanisme de l'accès peut échouer même à faible délai, la maladie s'aggrave avec le temps, apparaissent les troubles psychiques et les crises, devenues inefficaces, dégénèrent. L'auteur cite à l'appui de sa théorie des résultats thérapeutiques, plus ou moins durables, dans certains cas d'épilepsie, qu'il a obtenu par l'insufflation intracranielle d'air. Cette insufflation ne peut agir autrement qu'en refoulant le liquide c.-r., déchirant ou tout au moins élargissant, d'une façon durable quelquefois, les espaces sous-arachnoïdiens et améliorant de la sorte les conditions de circulation du liquide céphalo-rachidien et de nutrition de l'écorce cérébrale.

Wł. Sterling.—**L'épilepsie et les états similaires.**

La délimitation clinique de l'épilepsie essentielle appartient aux problèmes le plus difficiles de la neuropsychiatrie moderne. On observe actuellement un rétrécissement progressif du terrain de l'épilepsie essentielle, occupé par des états divers non seulement de nature organique en foyer, mais aussi par des nombreux syndrômes cliniques d'une phénoménologie similaire, mais d'une pathogénie différente. Malgré une diversité extrême des types cliniques correspondant au *terrain de la frontière* de l'épilepsie *(Gowers)* ils se laissent facilement subdiviser en deux catégories différentes. L'une deux se rapporte aux états hypercinétiques qui sont identiques ou presque identiques aux accès comitiaux, n'étant cependant que des accès *épisodiques*, se manifestant en des conditions spéciales et ne présentant qu'une *réaction* du caractère épileptoïde. Les phénomènes de la seconde catégorie sont beaucoup plus éloignés de la morphologie des décharges épileptiques, manifestant cependant quelques caractères communs, comme tendance de la réapparition périodique, troubles de la conscience et quelques moments étiologiques et patogènes. Au premier groupe se rapportent les convulsions *psychasténiques d'Oppenheim*, épilepsie *émotionnelle de Bratz*, les crises *épilamptiques de Ziehen* et l'épilepsie réactive *de Bonhoeffer*. A la même catégorie appartiennent les crises infantiles délimitées par *Neumann*

sous le nom de „Wegbleiben der Kinder" et par *Ibrahim* sous le nom des *„convulsions émotionnelles respiratoires"*. Pour tous les phénomènes de cette catégorie *Hochsinger* à proposé le nom des *crises occasionelles* qui se rapporte soit aux accès s'installant au cours des maladies infectueuses (les crises *ocasionnelles prémonitoirs)*, soit aux accès observés en déhors du terrain infectieux (p. e. le syndrôme *épileptoïde orthostatique de Husler)*. Un caractère nettement épisodique relève aussi l'épilepsie *dysendocrine*, la spasmophilie de *Tiemich* et *Birk*, ainsi que les accès provoqués par l'épreuve de *l'hiperpnée* p. e. le syndrôme épileptoïdal tétano—décérébré *(Sterling)*.

Dans la seconde catégorie observée principalement chez les enfants et se caractèrisant par une fréquence extrême et par une obnubilation profonde de la conscience—nous trouvons au premier rang: *les absences* non comitiales *de Friedmann*, les crises *de Husler* et *les petits* accès de *Heilbroner*. A la même catégorie appartient aussi la *narcolépsie de Gélinaux* avec son symptôme principal de *l'hypotonie émotionnelle* (*Redlich*), le syndrôme de la *catapléxie*, dans lequel l'hypotonie s'installe sans des motifs émotifs précédants, l'épilepsie *extrapyramidale (Sterling)* et *l'épilepsie corticale continue de Kożewnikow*.

Le groupe troisième enfin des états similaires est representé par les crises *végétatives* soit sous forme d'accès *vago-epileptoïdaux de Turner* soit sous forme de crises *vago-vagales de Gowers*.

C'est en dehors de la frontière de ces états similaires que se trouve le terrain vaste des états comitiaux, pour lesquels les diverses lésions organiques constituent l'excitation dénominée par *Förster: la noxe excitative épileptogène*—et l'autonomie clinique de l'épilepsie essentielle se caractèrise plutôt par des motifs négatifs, comme ne *possédant jusqu à présent nulle étiologie distincte*. Cependant il faut supposer qu'après une délimitation minutieuse des toutes les noxes épileptogènes „en foyer" et du terrain des états similaires, il restera encore un nombre suffisant de caractères anatomiques et cliniques, qui comme une entité, *nous permettra toujours de définir l'épilepsie essentielle clinique spéciale et autonome*.

J. Nelken — **Pathologie criminelle de l'épilepsie et sa valeur médico-légale.**

L'auteur se place à un point de vue critique par rapport à l'appréciation de l'épilepsie suivant les idées de *Lombroso*. Il s'agit tout d'abortd de réduire considérablement cette conception en se-

parant de l'épilepsie idiopathique les épilepsies symptomatiques et avant tout, certains états limites se rapprochant de l'épilepsie. La pathologie criminelle de l'épilepsie sera conditionnée par la présence soit de trouble psychiques transitoires et sporadiques, soit d'un défaut durable, portant le caractère de la dégénérescence ou de la démence épileptique. Sans signification criminologique seront par contre l'accès franc d'épilepsie ainsi que certains de ses équivalents tels que: vertiges, petit-mals, absences et partiellement narcolepsie. L'accès épileptique franc, n'ayant pas de valeur criminologique par lui même, peut pourtant projeter une lumière pathologique sur les actes du sujet, qui en est atteint et c'est précisément là que réside l'importance de sa constatation-devant le tribunal. Cet accès peut aussi succéder ou suivre à des états de trouble psychique passagers.

Il s'agit donc d'apres *Birnbaum* de discerner les types suivants de criminels épileptiques: 1) le type d'épileptique socialement pasif. — Un défaut sentimental et intellectuel de caractére épileptique concurremment à une certaine lourdeur et l'égoïsme, qui leur est propre, menent ces sujets à une dégradation sociale. Ici appartiennent: le chemineau, le mendiant, la prostituée épileptique. 2) Le type d'épileptique brutale et agressif, dont l'image psychique est dominée par les signes de dégénérescence épileptique. Ce type, non plus asocial, mais franchement antisocial, porte nettement le stigmate criminel. Indépendamment d'une démence sentimentale et altruiste générale, on observe chez lui cet ensemble psychique, auquel *Birnbaum* a donné le nom de diathèse explosive, et qui comporte une inclination à des décharges motrices immodérées. Le résultat des trois facteurs: diathèse explosive, émoussement du sens moral et absence d'un train psychique, se traduira par une inclination marquée à des actes brutauxs et violents, des blessures corporelles graves, de meurtres et de viols. Un criminel épileptique brutal sera le répresentant de ce groupe. La signification criminologique des états épileptiques passagers sera généralement semblable à celle de manifestation durable de l'épilepsie. L'explosivité, l'inclination à des décharges motrices immodérées ici comme la caractèrise généralement le genre du crime commis. Ceci s'accentue surtout dans les périodes de trouble psychique. L'influence enfin des ces états passagers se manifestera par des actes d'importance quelque peu moindre (poriomanie, dipsomanie, incendiage, certains délits sexuels). Le caractère de la criminalité, conditionnée par les états épileptiques passagers, peut s'éloigner beaucoup de celui, qui çorrespond à des états durables. Le lieu commun pour ces deux

états morbides réside en cette tendence à des décharges brutales et immoderées, et à des actes irrésistibles. A la similitude des troubles psychiques chez les épileptiques correspond en criminologie la tendence à la récapitulation des délits, qui se reproduisent, suivant l'expression de *Birnbaum* avec une exactitude fotografique. Pour l'épilepsie à l'égal de l'alcoolisme et des formes affectives de la dégénérescence psychopathique, le type criminel brutal et violent sera le type de prédilection.

L'appréciation criminologique des etats limites de l'épilepsie dépend essentiellement de leur délimitation. *Redlich* distingue les limites proprement dites de l'épilepsie et des états épileptoïdes. Le premier groupe comprendrait la mono — et l'oligoépilepsíe, le deuxieme — les accés simulants l'épilepsie (les convulsions psychasteniques *d'Oppenheim*, l'épilepsie affective de *Bratz*, l'épilepsie réactionnelle de *Bonhoeffer*) et apparaissents sur un terrain neuro-psychopathique. Ce groupe comprend le psychopathe et le traumatisé épileptoïde.

Le type épileptoïde, sauf les phénomènes psychopathiques — variabilité des états psychiques, pseudologie et inclination à des états psychogénes comporte aussi certains symptômes propres à l'épilepsie, tels que l'inclination à des céphalées et vertiges paroxistiques ou d'autres phénomènes survenant par accès, une excitabilité exagérée et tendence aux décharges motrices immodérées, inclination à des troubles passagers de la conscience, à des variations immotivées de disposition dans le sens de la dysphorie accompagnées des actes irrésistibles, d'intolerance pour l'alcool avec des états d'ebriété pathologique pour conséquence. La signification criminologique de confins de l'épilepsie peut être précisée de la façon suivante: 1) les états limites de l'épilepsie ne se traduisant-que rarement par des accès convulsifs sont dépourvus d'importance criminologique, 2) les accès épileptoïdes à affectifs ne traduisant qu'une disposition neuropsychopathique--générale. Les exacerbations de cet état morbide sont très caractèristiques pour la plupart des criminels, 3) les types sujets à des accés épileptoïdes sur le terrain psychopathique composent le groupe de la plus haute criminalité, égal à celui de l'épilepsie idiopathique qualitative, le dépassant de beaucoup en quantité.

Les rapports de l'alcool sur un terrain épileptique, soit sous celle des complications épileptoïdes de l'état d'ebriété, se résument d'un côtè en une intolérance des plus marquées pour l'alcool et en une signification criminologique de cette intolérance, de l'autre en

des états de tension psychique, menants à des périodes de besoin irrésistible d'alcool. La forme dite épileptoïde d'ebriété pathologique fournit un type criminel, qui ne se distingue en rien du type de la violence brutale propre aux épileptiques.

La criminologie de la dipsomanie sera identique à la criminologie alcoolique.

Dans l'épilepsie des adolescents c'est à ces formes frustes, à l'épileptoïde et non à l'épilepsie franche, qu'on attache le plus d'importance criminologique. Les sujets jeunes atteints d'épileptoïde sont relativement moins enclins à des actes brutaux en état de surexcitation violente. Il faut avoir en vue, que déjà par elle même, la période de la maturation sexuelle constitue une période critique et dangereuse au point de vue psychique et criminel. Propre à cette période sera le penchant à des évasions, au vagabondage, la disposition au états des tention psychique avec sensation d'inquiètude intérieure, des craintes imprécises et le désir de se délibérer de cet etat. Parmi les jeunes criminels l'épilepsie idiopathique céde le pas à l'épileptoïde ou plutôt à la psychopatie affective-épileptoïde, comportant des états psychotiques passagers (*Birnbaum)*.

En ce qui concerne l'épilepsie pendant la guerre ce qui la caractèrise surtout ce sont: 1) rareté des accès convulsifs francs, 2) abondance des troubles psychiques, 3) rareté des états de trouble mental de cause intérieure en opposition avec une abondance de ces états à caractère réactionnel et surtout répondants à des causes psychiques, 4) fréquence des troubles mentaux profonds produits par l'intolérance pour l'alcool, 5) fréquence de troubles dysphoriques, 6) abondances des états épileptoïdes, touchants à la psychopatie, 7) un surcroit quantitatif de l'épilepsie traumatique. Le type criminologique de cette dernière différe quelque peu de celui de l'épilepsie idiopathique. L'excitabilité, disposition explosive, intolérance pour l'alcool, inclination à des états d'ebriété pathologique créent ici un terrain propice à des actes criminels à l'egard de l'épilepsie idiopathique. Ces crimes y peuvent être moins graves que dans cette dernière. L'élément de démence, qu'on y observe correspond à des lésions organiques du cerveau.

La rélation entre l'épilepsie et l'alcool pendant la guerre forme un cercle vicieux: les états dysphoriques donnent l'impulsion à boire l'alcool mal toléré crée des troubles psychiques profonds, ayants une haute importance au point de vue criminel.

La question d'identité ou de l'individualité des types épileptiques et épileptoïde, si importante pour l'étiologie criminelle attend

d'être franchée par les recherches sur la constitution psycho-physique. *Kretschmer, Delbrück, Mauz, Rhoden. Gruendler, Kreyennberg* et autres soulignent chez les épileptiques une prédominance du type athléto-dysplastique, une rareté rélative du type leptosome et une absence presque absolue du type pyknique. On observe donc en traits généraux une communauté de type constitutionnel physique pour l'épilepsie et la schizoprènie. *Delbrück* souligne la fréquence chez les épileptiques du type athlétique bouffi en opposition au type musculaire, et à l'inverse de ce qui s'observe chez les schizophrènes. *Kretschmer* distingue dans l'épilepsie deux syndrômes psychiques: 1) le syndrôm hypersocial et 2) le syndrôme explosif. Un syndrôme explosif *Kreyenberg* trouve en proportion de moins d'un tiers dans son pur materiel courant. La criminalité des épileptiques est conditionnée surtou par ce syndrôme explosif, consideré comme faisant partie de l'épilepsie. De la réponse à cette question depend essentiellement la physiognomie criminelle de l'épilepsie. Les recherches de *Rhoden* faites sur la population allemende montrent, que le type physique moyen des criminels se rapproche surtout du groupe de l'épilepsie. Contrairement à opinion de *Kretschmer, Delbrück* considére que la ligne délimitative de l'èpilepsie devait étre ménée non entre les syndrômes hypersocial et explosif mais plutôt au beau miliere de ce dernier.—Les donnés de la statistique concernants l'épilepsie chez les criminels établissent le chiffre de 5,8% de tous les malades criminels de nos établissements. La statistique faite par l'auteur lui même est basée sur le materiel militaire de Varsovie dans les années de 1919 à 1925 fournit une chiffre encore moindre de 1,7%. De ces donnés résulte, que la criminalité dans l'épilepsie est quantitativement peu importante en comparaison avec celle de le psychopathie, comportante des réactions épileptoïdes entre autres symptômes.

L'appréciation médicale de l'épilepsie devant les tribunaux n'est pas toujours chose simple et facile aussi bien quant à la question de la responsabilité, que de la valeur décisive du tel ou autre de ses syndrômes symptomatiques. Par elle même elle ne décide pas de la responsabilite du sujet, qui peut être supprimée, limitée ou conservée. Le diagnostique de l'épilepsie devant le tribunal sera toujours compliqué et délicat surtout dans les formes frustes. Toutes les recherches sur le déclanchement artificiel d'un accès épileptique en vue de sondiagnostique (hyperventilation dernièrement) n'ont fournit que des procédés peu probants et restants sans valeur, quand ils ne donnent pas un effet nettement positif. Le maxi-

mum de certitude et encore à attendre de l'appréciation individuelle de chaque cas en son ensemble.—Dans le domaine du droit civil n'ont de valeur que les états épileptiques durables.—Le droit civil n'a affaire à l'épilepsie que dans des cadres très restreintes en temps d'une sérieuse maladie mentale durable.—Dans des limites beaucoup plus variés le sujet épileptique devient dangereux en qualité de témoin devant la justice. Son penchant a des dépositions non conformes á la réalité est une chose bien connue. A des périodes de concience amoindrie, séparants les accès convulsifs de la réalité, correspond souvent un discernement insuffisant entre les phénomènes du monde réel et les produits de la divagation.

La simulation de l'épilepsie se reduit: 1) à des dépositions mensongères, concernant les états épileptiques ou les traumatismes les ayant determiné, 2) à la simulation des convulsions épileptiques, 3) à la simulation des lacunes de mémoire comme suite d'un accès pretendu. La simulation des états psychiques propres à l'épilepsie présente de grandes difficultés et réserves communes à la simulation des troubles psychiques en général. La simulation pathologique apparaitra ici comme un phénomène fréquent.

L'état actuel de nos connaissances sur l'èpilepsie et ses rapports à la criminalité s'écarte beaucoup des idèes de *Lombroso*. La latitude criminologique de l'épilepsie à l'heure actuelle n'appartient plus qu'à la tradition. L'idée même de l'épilepsie à subi un retraicissement en extention considérable. L'idée de l'épileptoïde en a èté eliminèe et ses rapports à l'épilepsie proprement dite dependent de toute une série de conditions de classement. Les conceptions rappelants *Lombroso* se retrouvent dans les dernières recherches sur la constitution psycho-physique. Le type du psychopathe dégenéré comporte souvent l'éx:stence de phénomènes épileptoïdes. C'est à ce type, à proprement parler, et non à l'épilepsie idiopathique, qu'appartient la domination dans le monde criminel.

I. Fuhrman. — **Programme d'instruction des gardes-malades dans les hôpitaux psychiatriques publics.**

Après avoir noté au commencement du rapport que le personnel des infirmiers dressés à leurs devoirs est un agent des plus importants qui décident si, et dans quelle mésure l'hôpital psychiatrique moderne remplit sa tâche, l'auteur fait observer qu'on a déjà parlé au premier Congrès des Aliénistes Polonais à Varsovie en 1920 de la nécessité et des moyens de l'instruction des gardes-ma-

lades et que cette question importante réapparait à l'ordre du jour du VIII Congrès.

Parmi les problèmes se rattachant à l'instruction des infirmiers, l'auteur discute particulièrement celui de la centralisation de l'instruction (École d'infirmiers dans la capitale) ou de la décentralisation (Cours pour les infirmiers dans chaque hôpital psychiatrique public.). Il envisage ensuite les rapports entre les cours et le service des gardes-malades, conditions exigées des participants des cours, l'examen d'entreé, les examens psychotechniques, le stage d'infirmier précédant les cours, la question de l'examen final, des certificats et des qualifications des personnes enseignantes aux cours.

Enfin l'auteur passe à une analyse minutieuse du programme des cours qui auraient lieu dans tous les hôpitaux psychiatriques ce qui à son avis aurait l'avantage de permettre aux participants des cours de joindre aux conaissances theorétiques l'expérience qu'ils acquierraint en même temps en remplissant leurs fonctions à leur hôpital.

Après avoir donné un aperçu du probléme de l'instruction du personnel d'infirmiers à l'étranger et communiqué les résultats de l'enquête sur les cours d'infirmiers dans tous les hôpitaux psychiatriques polonais, l'auteur conclut qu'on pourrait atteindre l'unification de l'instruction par le moyen d'un manuel à l'usage de tous les cours, dans tous les hôpitaux psychiatriques, publié par le Ministère de l'Intérieur.

Le programme des cours embrasserait les matières nécessaires à chaque infirmier psychiatrique. En outre, on organiserait des cours supérieurs à un programme plus vaste, cours d'autant plus importants qu'à mesure du développement de l'assistance des aliénés hors de l'hôpital, on aurait besoin des infirmièrs et des infirmières suffisamment preparés à cette tâche.

POLSKA BIBLJOGRAFJA PSYCHJATRYCZNA.

Rocznik Psychjatryczny.

Z. VII.

W. Łuniewski. Psychoza szałowo-posępnicza w kazuistyce sądowo-psychjatrycznej.

R. Becker. Choroby umysłowe u Żydów.

J. Nelken. Niepamięć wsteczna po postrzale głowy. Zabójstwo i samobójstwo.

B. Swietłow. Zaburzenie psychiczne w gigantyźmie.

J. Medem. O zespołach odczynu płynu mózgowo-rdzeniowego.

S. Zamecki. O reakcji Buscaino.

S. Błachowski i S. Borowiecki. Epidemja psychiczna w Słupni pod Środą.

R. Radziwiłłowicz. Cechy psychjatrji jako nauki biologicznei.

J. Morawski. Stany manjakolno-depresyjne objawowe.

M. Bornsztajn. Psychoza manjakalno-depresyjna w świetle psychoanalizy.

W. Łuniewski. Nasza gospodarka psychjatryczna w świetle cyfr.

Projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczyposposite| o opiece nad osobami psychicznie chorymi.

Nekrologi W. Skoczynskiego, A. Heverocha. W. Bechterewa.

Z. VIII.

Matecki. O heterogennych pierwiastkach urojeniowych w stanach depresyjnych psychozy manjakalno-depresyjnej.

Nelken. Zaburzenia psychiczne przy schorzeniach spoidła wielkiego.

Jankowska. Przypadek ugłośnienia myśli.

Bychowski. W sprawie psychoterapji schizofrencji.

Wichert. Rzadkie objawy wegetacyjnej w przypadku padaczki Jacksonowskiej i próba ich lokalizacji.

Sprawozdania z posiedzeń sekcji warszawskiej. P. T. P.

Wspomnienie pośmiertne: ś. p. Józefa Jotejkówna.

Nowiny psychjatryczne.

Kwartał I-II.

K. Sągin. Kilka uwag do publikacji Vizioli'ego o objawie Piotrowskiego i odruchu z kostki zewnętrznej.

W. Januszewski. Wpływ gruczołów endokrynnych na system nerwowy

A. Wirszubski. Zarys wakcynoterapji w neurologji i psychjatrji.

A. Piotrowski. Organizacja służby pielęgniarskiej w szpitalu psychjatrycznym.

A. Piotrowski. Zasada swobody osobistej a przymusowe umieszczenie psychicznie chorego w szpitalu.

W. Łuniewski. Wrażenie psychjatryczne z wycieczki do Holandji.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych. Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance.

Bielawski. Dwa przypadki wrodzonej kiły mózgu leczone bismutem.

Sągin. Dwa przypadki kiły ze schorzeniem psychicznem.

Gawroński. Przypadek psychozy reaktywnej w postaci manji.

Gawroński. Przypadek obserwacyjny.

Bielawski. Przypadek sądowy: czyny nierządne z nieletnimi. Początkowa faza porażenia postępującego. Poczytalność.

Bielawski. Przypadek psychozy paranoidalnej.

Bielawski. Przypadek parkinsonizmu pourazowego.

Piotrowski. Dwa przypadki pieniactwa z konsekwencjami karnemi.

Z zakładów psychjatrycznych w Polsce:

T. Łapiński. Sprawozdanie ze szpitala Jana Bożego w Warszawie od 1/I do 31/XII 1927.

A. Piotrowski. Sprawozdanie z Dziekanki za czas od 1/I.27 do 31/III. 1928.

K. Szymański. Sprawozdanie ze szpitala psychjatrycznego w Warcie za czas od 1/I. 27 do 31/XII 1927 r.

Kwartał III-IV.

A. Piotrowski. Uwagi krytyczne do Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad osobami psychicznie choremi.

J. Gawroński. Stanowisko psychjatry i lekarza-wychowawcy wobec najnowszego projektu prawodawstwa dla nieletnich przestępców w Polsce.

H. Zajączkowski. Zaburzenia czucia powierzchownego w epilepsji.

O. Bielawski. Epilepsja a kodeks karny.

J. Bednarz. Sprostowanie.

A. Piotrowski. Odpowiedź na powyższe sprostowanie.

Sprawozdanie z VIII zjazdu Psychjatrów Polskich w Warszawie.

Z zakładów psychjatrycznych w Polsce:

M. Wendlocha. Sprawozdanie z zokładu dla umysłowo-chorych w Rybniku za rok 1927/28.

M Siemionkin. Zakład psychjatryczny w Lublińcu za czas od 1.IV. 1927 — 31.III 1928.

J. Morawski. Państwowy Zakład Psychjatryczny w Kobierzynie. Sprawozdanie za r. 1927.

Łuniewski. Zakład Psychjatryczny w Tworkach. Sprawozdanie za r. 1927.

Szkoła specjalna. T. IV N. 2.

Szymański. Alkoholizm, jako czynnik zwyrodnienia rasy, a szkoła.

Grzegorzewska. Niewidomi, którzy wzrok uzyskali.

Łuniewski. Dziecko przed sądem.

Komorowski. Statystyka przestępczości nieletnich na tle działalności Opiekunów Sądowych.

Sterling. Dziecko histeryczne.

Sterling. Dziecko psychopatyczne.

Korczak. Uczucie.

Grzegorzewska. Rys charakterystyki opieki wychowawczej nad upośledzonemi umysłowo w kraju i zagranicą.

Czasopismo sądowo-lekarskie.

J. Nelken. Przestępca w świetle badań nad budową ciała i usposobieniem.

W. Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwa rozszerzone w Warszawie.

Manczarski. Zamach samobójczy czy zbrodnia?

Lekarz polski.

F. Czarnecki. Opieka nad psychicznie chorymi w Rosji przedwojennej.
S. Czerwiński. Ubezwłasnowolnienie z powodu choroby umysłowej.
S. Deresz. Pozazakładowa opieka nad psychicznie chorymi.

Medycyna.

W. Mikułowski. Neuropatja na tle kiły wrodzonej u dzieci.
N. Kronkowska. Istota jąkania.
Kobryner i Redel. Znaczenie kliniczne zespołu nadnerczowo-płciowego.
Galewski. Stany śpiączkowe, jako zagadnienia kliniczne.
N. Krąkowska. Głuchoniemi.

Zagadnienia rasy.

J. Mazurkiewicz. Choroby umysłowe, a małżeństwo.
Bogdanowicz. Psychika niemowlęcia.

Warszawskie czasopismo lekarskie.

Herman. Zagaenienie snu w świetle fizjologji i patologji.
Handelsman. Znaczenia badania uwagi u schizofreników.
Z. Bychowski. W. Bechterew. (nekrolog)
Z. Bychowski. Niezwykłe zaburzenie w dziedzinie ruchu po nagminnem zaburzeniu mózgu.
Bregman i Poncz. O powikłaniach mózgowych po odrze.
Prussak. O leczeniu zimnicą bezwładu postępującego.
Goldflam. O znaczeniu odruchu Rossolimo.
Markuszewicz. Szczególny objaw w organicznych zaburzeniach pamięci.
Becker. Korrelacja zjawisk fizycznych i psychicznych w nosologji i patologji.
Miller i Konorski. Działalność kory mózgowej w świetle teorji Pawłowa.
G. Bychowski. W sprawie psychoterapji osobników mało inteligentnych.
Z. Bychowski. Padaczka a opieka społeczną.
Matecki. Zagadnienie konstytucji psychofizycznej.
Zandowa. Splot naczyniasty.
Handelsman. Próby leczenia schizofrencji metodą Walbuma.
Becker. Praca jako środek leczniczy w chorobach psychicznych.
Łuniewski. 10-lecie Niepodległości w rozwoju opieki nad psychicznie chorymi.

Polska Gazeta Lekarska.

W. Sterling. Typ lipodystroficzny i osteomalatyczny zwyrodnienia płciowo-twardziełowego.
H. Szusterówna. Podstawy anatomiczne w leczeniu zimnicą porażenia postępującego.
A. Gruszecka. Dwa przypadki narkolepsji.
S. Władyczko. Bechterew — nekrolog.
E. Artwiński. M. Ostrowski i A. Slączka. O nakłuciu podpotylicznem i myelograji.
W. Mitkus. Próby leczenia alkoholizmu autohemoterpją.
B. Rost. Z doświadczeń nad odmą czaszkową.
M. Gedroyć. Badania porównawcze nad jadowistością tkanki nerwowej układu nerwowego ośrodkowego.
Wizel i Markuszewicz. Drugie sprawozdanie z prób leczenia schizofrenji zimnicą

Hygjana ciała i sport.

Frenklowa. O profilaktyce chorób umysłowych.

Wiadomości Lekarskie.

Medyński. O pracy zawodowej osobników niedorozwiniętych i psychopatycznych.

Trzeźwość.

Gantkowski. Alkoholizm a charakter.

Lekarz Wojskowy.

Władyczko. W sprawie snu i marzeń sennych.

J. Nelken. Pokaz trzech przypadków symulacji choroby umysłowej. Biuletyn sekcji sanitarnej Tow. Wiedzy Wojskowej N. 1—2.

Kwartalnik kliniczny szpitala Starozakonnych w Warszawie.

Matecki. Z psychopatologji zatruć tlenkiem węgla.

Bregman i Gleichgewichtowa. Przyczynek do myoklonji.

Opieka nad dzieckiem

Adamowiczowa. Ze studjów nad alkoholizmem wśród dzieci.

Ryngmanowa. O los dziecka bezdomnego.

Hygjena pracy.

Herman. Objawy kliniczne w rażeniu prądem elektrycznym.

Frenkiel i Dynkiewicz. Zatrucie dwusiarczkiem węgla w produkcji sztucznego jedwabiu.

Landau, Bauer, Gromadzki. O zatruciu ołowiem.

Raciążek. Zamroczenie alhoholem, a wypadki przy pracy.

Polskie Archiwjum Psychologji.

Szuman. Obserwacje dotyczące tak zwanego synkretycznego spostrzegania u dziecka.

Sikorska i Lipszycowa. Analiza psychologiczna testu analogji.

Gazeta Administracji i Policji Państwowej.

K. Angerman. Wykluczenie poczytalności sprawców przestępstwa.

S. Czerwiński. Ubezwłasunowolnienie z powodu choroby umysłowej.

J. Bednarz. Kilka uwag w sprawie kodeksu postępowania karnego, ogłoszonego w Dzienniku Ustaw N. 38.

A. Henowski. Stan opieki nad psychicznie chorymi i projekt jego uregolowania.

Książki.

E. Artwiński. O chorobach nerwowych wieku dziecięcego. Biblj. Hygjeniczna.

J. Bortkiewiczówna. Zastosowanie punktowania, jako metody badania zmęczenia. Wilno. Praca doktorska.

M. Brunowa. Dziedziczenie konstytucji psychicznej i psychoz konstytucyonalnych.

R. Becker. Zagadnienie rasy żydowskiej w świetle teorji.

E. Claparède. Psychologja dziecka i pedagogika eksperymentalna. Tłom. z franc. M. Górska.

Dybowski. O typach woli.

George H. Green. Psychoanaliza w szkole. Tłom. z angiel. Ziembiński.

M. Grzywo-Dąbrowska. Psychologja prostytutki. Prostytutka w literaturze pięknej w świetle badań naukowych i obserwacji szpitalnej.

T. Łapiński. Szpital Jana Bożego w roku 1926.

J. **Morawski.** O psychicznie chorych i pielęgnowaniu ich w zakładach psychjatrycznych.

J. **Morawski.** Choroby psychiczne oraz zasady walki z niemi.

J. **Morawski.** Sprawozdanie roczne z Państwowego Zakładu Psychjatrycznego w Kobierzynie.

P. **Pręgowski.** Przyczynek do tak zw. obłąkania menstruacyjnego. (Odbitka po polsku z Psych.-neurolog. Wochenschrift 1927 r.)

Sprawozdanie Warszawskiego Towarzystwa Pomocy Lekarskiej i Opieki nad Umysłowo i Nerwowo Chorymi za rok 1927.

L. **Wernic.** Zboczenie seksualne a małżeństwo. Bibl. Hygjeniczna.

N. **Zandowa.** Splot naczyniasty. Anatonja, fizjologja, patologja.

OD ADMINISTRACJI „ROCZNIKA PSYCHJATRYCZNEGO".

1. „Rocznik psychjatryczny" wychodzi w nieregularnych odstępach czasu, w 2-ch zeszytach o łącznej objętości przynajmniej 20 arkuszy rocznie.

2. Każdy członek Pol. Tow. Psych., opłacając składkę członkowską i udział na wydawnictwo w sumie 20 zł. rocznie, otrzymuje „Rocznik psychjatryczny".

3. Rękopisy pisane na maszynie, na jednej stronie arkusza, nadsyłać należy pod adresem redaktora: Warszawa, Matejki 6. m. 1. Prace są drukowane możliwie wkolejności ich złożenia w redakcji, jednak z dążnością do zachowania pewnej całości treści zeszytu. Prace, już drukowane w innych pismach, w „Roczniku" nie będą drukowane.

4. Autorowie winni dołączać do swych prac streszczenie w języku francuskim; rozmiar streszczenia winien odpowiadać 1 stronie druku na 1 arkusz pracy oryginalnej.

5. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt wydawnictwa; większą liczbę odbitek mogą zamawiać za zwrotem kosztów.

6. Tablice i fotografje będą wykonywane na koszt własny autorów.

SPIS RZECZY, ZAWARTYCH W IX-ym ZESZYCIE.

Str.

1. *R. Radziwiłłowicz.*—Doświadczalne i pozadoświadczalne w psychjatrji . 1
2. *J. Morawski.* — Dziedziczność w padaczce 9
3. *K. Orzechowski.*—Klinika i patogeneza padaczki 30
4. *Wł. Sterling.* — Pogranicze padaczki 64
5. *J. Nelken.* — Kryminalna patologja padaczki i jej znaczenie sądowo-lekarskie 81
6. *Ig. Fuhrman.*—Program wyszkolenia personelu psychjatrycznego . . 113
7. Kronika psychjatryczna 125
8. Sprawozdania i odezwy 129
   Sprawozdanie z VIII Zjazdu psychjatrów polskich . . . 129
   Wnioski VIII Zjazdu psychjatrów polskich 132
   VIII polski kongres przeciwalkoholowy 132
   XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie . . 133
   Zjazd lekarzy kresowych w Łucku 134
   Polskie Tow. Badań Mózgu 134
   Odezwa Komitetu Budowy pomnika dla uczczenia pamięci członków służby zdrowia, poległych za ojczyznę 135
9. Wspomnienia pośmiertne 137
   Ś. p. Dr. J. Morawski 137
   Ś. p. Dr. A. Wizel 142
10. Wzór sprawozdania zakładów psychjatrycznych 144
11. Bibljografja 175

RÉSUMÉS FRANÇAIS.

1. *R. Radziwiłłowicz.*—Le transcendant et l'immanent dans la psychiatrie . 167
2. *J. Morawski.*—L'hérédité dans l'épilepsie 167
3. *C. Orzechowski.*—Clinique et pathogenie de l'épilepsie 178
4. *Wł. Sterling.*—L'épilepsie et les états similaires 172
5. *J. Nelken.*—Pathologie criminelle de l'épilepsie et sa valeur médico-légale 173
6. *I. Fuhrman.*—Programme d'instruction des gardes-malades dans les hôpitaux psychiatriques publics . . . . . .